Sanchez y Jimenez (B)

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

Apuntes sobre un nuevo recurso para el diagnóstico y el tratamiento de algunas afecciones graves de la vejiga.

TÉSIS

PARA

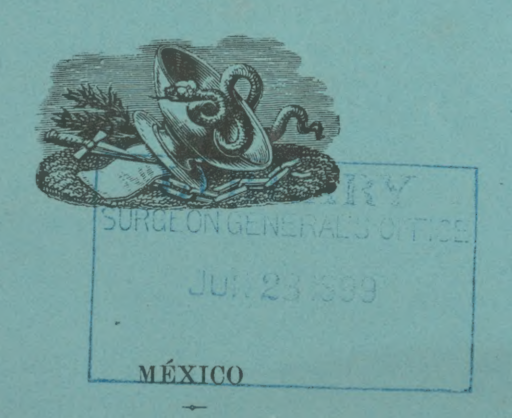
EL EXÁMEN PROFESIONAL DE MEDICINA Y CIRUGÍA

PRESENTADA AL JURADO DE CALIFICACION

POR

BERNARDO SANCHEZ Y JIMENEZ

ALUMNO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MÉXICO, EX-PRACTICANTE DE LOS HOSPITALES JUAREZ Y DE SAN ANDRÉS.



MÉXICO

IMPRENTA DE IGNACIO ESCALANTE
BAJOS DE SAN AGUSTIN, NUM. 1.

1879

Sr. Dr. D. José Mª Bandera.

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

Apuntes sobre un nuevo recurso para el diagnóstico y el tratamiento de algunas afecciones graves de la vejiga.

TÉSIS

PARA

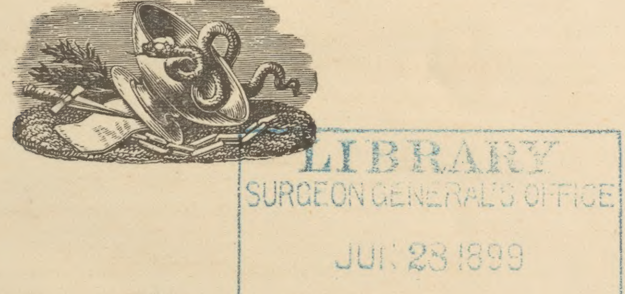
EL EXÁMEN PROFESIONAL DE MEDICINA Y CIRUGÍA

PRESENTADA AL JURADO DE CALIFICACION

POR

BERNARDO SANCHEZ Y JIMENEZ

ALUMNO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MÉXICO, EX-PRACTICANTE DE LOS HOSPITALES JUAREZ Y DE SAN ANDRÉS.



MÉXICO

IMPRENTA DE IGNACIO ESCALANTE
BAJOS DE SAN AGUSTIN, NUM. 1.

1879

Dígnese Ud. aceptar este humilde trabajo y con él una manifestacion de mi aprecio y cariño.

B. Sanchez J.

A LA

SAGRADA MEMORIA DE MIS PADRES.

A los Señores

LICENCIADO DON JUAN HERRERO

Y

Don Ramon Y. Alcaraz:

Débil tributo del más justo agradecimiento y cariño.

AL DISTINGUIDO CIRUJANO, A MI SABIO MAESTRO Y EXCELENTE AMIGO,

EL DOCTOR RAFAEL LAVISTA,

pequeña demostracion de verdadero afecto
y gratitud.

A LA ILUSTRE ACADEMIA DE MEDICINA

DE MÉXICO,

Y MUY ESPECIALMENTE A LOS DOCTORES

Don Eduardo Licéaga y Don Luis Hidalgo Carpio:

Homenaje de respeto y agradecimiento.

A MIS MAESTROS

LOS DOCTORES

D. FRANCISCO ORTEGA y D. MANUEL DOMINGUEZ:

Su discípulo agradecido.

APUNTES

Sobre un nuevo recurso para el diagnóstico y el tratamiento de algunas afecciones graves de la vejiga.

EN el núm. 24 del tomo XII de la "Gaceta Médica" se encuentra una historia llena de interés, que se refiere á un papiloma vegetante de la vejiga. No solo tiene importancia este trabajo por las juiciosas reflexiones de su autor, sino tambien porque él enseña, una vez más, las infinitas dificultades que pueden encontrarse para llegar al diagnóstico de algunas afecciones de la vejiga; al mismo tiempo que en él se puede aprender á utilizar los diversos medios de que dispone la ciencia para investigar los padecimientos del mismo órgano.

Presentado este trabajo por el Sr. Dr. E. Licéaga, el dia 14 de Noviembre de 1877, dió lugar en el seno de la Academia á discusiones muy importantes que versaron sobre las indicaciones de la uretro-cistotomia. En esta discusion tomaron parte los Sres. Hidalgo Carpio, Licéaga, Vértiz, Fenelon, y sobre todo el Sr. Lavista, que expuso ideas propias sobre la materia, las que fueron plenamente acogidas por el Sr. Hidalgo Carpio. Ojalá que una sola palabra de tan interesante discusion no se hubiera perdido, y que todas hubieran sido grabadas por la pluma.

Como al tocar el fin de mi carrera me veo en el caso grato, aunque difícil, de presentar algun escrito á mi Jurado de calificacion, me propongo dejar consignadas mis impresiones

sobre la uretro-cistotomia, como medio de diagnóstico y de tratamiento en algunas afecciones graves de la vejiga, apoyándome en las ideas que fueron vertidas durante la discusion, por cirujanos tan competentes como los ya mencionados, y que han producido en mi ánimo fuerte conviccion.

Las ideas que aparezcan en mi trabajo y que trato de sostener son originales de mi distinguido maestro el Sr. Lavista; nada diré que no sea tomado de esta fuente, cuyas opiniones sobre la materia acepto por completo, apoyado en su sana práctica y convencido de sus justos razonamientos.

Con el objeto de hacer una demostracion clara de la tésis que defiendo, me parece conveniente resolver las cuestiones siguientes, que son un corolario de la que me ocupa.

1º ¿Los medios de que actualmente dispone la ciencia son siempre suficientes para llegar al diagnóstico de algunas afecciones de la vejiga?

2º ¿Existe alguno nuevo por el cual podemos hacer el diagnóstico? ¿Cuál es éste y cuáles son sus ventajas y sus inconvenientes?

3º ¿Con el nuevo recurso podemos curar con más ventaja las enfermedades de la vejiga que hasta hoy han sido generalmente rebeldes á los medios conocidos?

Resueltas estas cuestiones, llegarémos á demostrar la proposicion que hace el asunto de este trabajo.

Para concluir, y en apoyo de estas ideas, consignaré las historias que benévolamente me proporciona el Sr. Lavista.

I.

¿Los medios de que actualmente dispone la ciencia son siempre suficientes para llegar al diagnóstico de algunas afecciones de la vejiga?

Para resolver la primera cuestion, basta consultar los casos que se presentan diariamente, es decir, los hechos que son el argumento irrecusable de toda verdad. En los trabajos que nos han dejado los cirujanos que se han dedicado al estudio de las enfermedades de las vías urinarias, encontramos á cada paso la relacion de hechos clínicos sumamente curiosos, que acreditan las dificultades con que han tropezado los especialistas para diagnosticar la enfermedad de que adolecian sus enfermos. Hemos oído referir á los médicos más distinguidos, las que han tenido para fundar un juicio exacto acerca de los padecimientos que en el recipiente natural de la orina se les han presentado, y para los que habian sido consultados. En apoyo de mi aserto pudiera citar literalmente lo que dice Civiale, á propósito de un cálculo y una celdilla vesicales, * y del diagnóstico de los *fungus* de la vejiga. ** A estos hechos pudiéramos añadir otros muchos tomados de la misma obra, y que pertenecen á especialistas de gran nombre; pero por no hacer difuso este trabajo, me limitaré á recordar algunos de los casos más recientes, y los citaré á propósito de las especies morbosas cuyo diagnóstico es muy difícil.

Las enfermedades á que me refiero son ciertas variedades

* Civiale, Tratado de las enfermedades de las vías urinarias, tomo III, pág. 54, 3ª edicion.

** El mismo tomo de la citada obra, pág. 117.

ó formas de la inflamacion crónica, los neoplasmas desarrollados en la vejiga y la calculósis del mismo órgano.

Entre las afecciones inflamatorias, el catarro crónico debe tenerse en mucha consideracion: las numerosas causas que lo determinen, las lesiones que á su consecuencia se producen en la vejiga y la significacion que éstas pueden tener para todo el organismo, son las razones que á mi modo de ver exigen un diagnóstico preciso. Pues bien, si no es difícil diagnosticar un catarro de la vejiga, sí creo que algunas veces será imposible determinar con precision la causa que lo produce y lo mantiene; bástenos para esto recordar, que la cistítis crónica puede ser sintomática de neoplasmas y de cálculos, afecciones que pueden escaparse enteramente á nuestros medios de exploracion. Tambien creo que algunas lesiones de la vejiga consecutivas al catarro sintomático de una dificultad en la miccion, serán de un diagnóstico difícil ó imposible: las alteraciones que se han llamado vejiga lagunosa, celdillas ó divertículos de este órgano, serán muchas veces el punto de interrogacion de nuestro diagnóstico; podrémos sospechar semejantes alteraciones, pero no determinarlas con toda seguridad, porque los medios de exploracion no son suficientes para ello.

Los neoplasmas de la vejiga, relativamente benignos, ó esencialmente malignos, no tienen un cuadro sintomático satisfactorio que los caracterice y distinga de otras afecciones del mismo órgano: analizando cada uno de los síntomas que los acompañan, como el tenesmo doloroso, las hematurias y la sensacion de peso en el perinéo con irradiaciones dolorosas á los muslos, etc., verémos efectivamente que ellos no le son propios, sino que pueden encontrarse, y de hecho se encuentran en otras enfermedades. Los cálculos, por ejemplo, dan lugar con frecuencia á las mismas perturbaciones. ¿Y siempre será fácil distinguir un neoplasma de una piedra en la vejiga? Evidentemente no. Con el empleo de la sonda metálica y del tacto rectal ó vaginal podemos hacer el diagnóstico de la manera más sencilla en muchísimos casos; pero hay circunstancias en que este diagnóstico diferencial no ha podido

hacerse por los medios mencionados, ni áun auxiliándose con los síntomas que completan el cuadro que corresponde á cada una de las enfermedades en cuestion. La razon de esta dificultad se encuentra en la diversidad de circunstancias que acompañan en cada caso el padecimiento que se estudia. Así, acontece que el cálculo no está libre en la vejiga; que se encuentra envuelto en un pliegue ó celda especial que la bolsa le ha ofrecido, y sobre todo, que no ocupa el lugar que pudiéramos llamar de eleccion en los casos comunes, sino que se encuentra en la pared superior de la vejiga, oculto detrás de la sínfisis pubiana. En este supuesto, que á cada paso se realiza, queda el cálculo por mucho tiempo sin ocasionar otro padecimiento que el catarro crónico de la vejiga, pudiendo más ó ménos tarde dar lugar á hematurias graves, á dolores molestos, y sobre todo, á la ruina de la organizacion simulando los trastornos que ocasionan los neoplasmas. En estas circunstancias, el diagnóstico es de tal modo incierto, que el cirujano queda en la duda, y no puede aventurarse á decir á cuál de las enfermedades mencionadas debe referir la que se le presenta. Otras veces acontece que la causa de los accidentes es uno de tantos neoplasmas desarrollados en la pared vesical, dando lugar á error, ó porque la exploracion con la sonda parece dejar sentir el roce propio que se produce en el caso de cálculo vesical, ó bien el exámen haciéndose incompleto por la exageracion de la contractilidad de la vejiga, no es posible decidirse sobre la naturaleza de la enfermedad, muy particularmente cuando durante la exploracion sobreviene la hematuria que detiene la mano del cirujano más atrevido. Pues bien, ¿si esto acontece, á qué medio se puede recurrir para encontrar la verdad, y esto cuando tanto importa decidir la cuestion? Sabemos que, miéntras más tarde se conoce el padecimiento más difícilmente se remediará; una vez que la experiencia enseña cuánta gravedad se añade á las enfermedades de la vejiga por las alteraciones que ella sufre en su estructura, consecutivamente á los progresos que hacen los padecimientos de que puede adolecer este órgano, y muy particularmente por los desórdenes que se desarrollan en el riñon.

Como se ve, con los medios de que disponemos, no es siempre posible diagnosticar con exactitud algunas de las enfermedades de la vejiga, y en consecuencia se hace necesario encontrar algun otro que venza la dificultad.

Para cumplir nuestro propósito mencionarémos algunos hechos, que no todos son observaciones clínicas perfectas, pero que bastan á nuestro objeto. Uno de los más elocuentes ha sido referido á la Academia por el ilustre cirujano Dr. Licéaga, y su sola lectura basta para persuadir de la vacilacion que constantemente tuvieron los bien conocidos cirujanos que intervinieron en la curacion del Sr. M. de T****

Pasamos á referir esta historia tomada de la "Gaceta Médica." *

Cáncer de la vejiga *(papiloma vegetante)*, absceso en la pared vesical.

Voy á ocupar la atencion de la Academia con la lectura de un asunto doblemente interesante, pues se trata de una enfermedad que no se observa con frecuencia en la práctica, y cuyo diagnóstico fué diversamente apreciado por los médicos que tuvieron la oportunidad de estudiarla.

En vida del enfermo consulté con varios de mis comprofesores, y me pareció conveniente hacerles por escrito la historia del mal, para fijar mejor de esta manera las ideas, asi como tambien los puntos de consulta. Hubiera yo podido extractar este escrito; mas he preferido trasladarlo original para conservar así la verdad de los hechos con la impresion primitiva que me causaron, y que el tiempo no ha podido debilitar.

El enfermo, uno de nuestros abogados más distinguidos, es un hombre como de cincuenta años, de temperamento eminentemente nervioso, y de regular constitucion. No hay más ante-

* Tomo XII, núm. 24.

cedente de familia que el que la madre murió de cáncer del estómago. No ha habido accidentes sifilíticos. Entre las enfermedades anteriores no encuentro digna de mencion más que una peri-artritis de un hombro, una diarrea de larga duracion, sostenida por alimentacion irregular é inadecuada, y por una actividad mental excesiva que en un espacio largo de tiempo no fué compensada con la actividad física correspondiente.

La más escrupulosa investigacion no nos ha permitido encontrar signo alguno de lithiásis renal.

De una pequeña relacion escrita que me proporcionó el enfermo, tomo los datos siguientes: desde mediados del año de 75 sentia durante la noche dolores en la region lumbar que desaparecian por la mañana. En Setiembre del mismo año comenzó á observar precipitacion en la orina —estas son sus palabras— principalmente despues de comer. Continuó esta precipitacion, acompañándose de cuando en cuando de ardores en el canal de la uretra.

Consultando al Sr. Lucio sobre la debilidad que el enfermo experimentaba, encontró dicho señor que la orina constantemente contenia albumina; era pálida y daba siempre un precipitado denso y abundante, tratada por el ácido nítrico.

Como método curativo se aconsejó el uso de los baños de vapor. Coincidiendo con este tratamiento, aparecieron *pequeñas hematurias* que se reprodujeron despues en dos ocasiones diferentes al tomar baños tibios; los ardores de la uretra, que partian de la raiz del pene, se exacerbaban durante las hemorragias.

Con objeto de explorar el canal de la uretra, y despues la vejiga, intentó el Sr. Lucio hacer el cateterismo con una sonda de goma muy blanda, como la que vdes. ven aquí. Llegando cerca de la porcion membranosa, el enfermo experimentó un dolor muy agudo, y no consintió en que se consumara la operacion. Dos ó tres minutos despues sobrevino una hematuria abundante.

Esto pasaba el 27 de Junio. La hemorragia continuó con una

intensidad extraordinaria el 28 y el 29. El 30 me encargó el Sr. Lucio de la asistencia del enfermo, cuya situacion voy á procurar describir: postracion moral; abatimiento de fuerzas; estado anémico marcado; insomnio, producido por la frecuencia con que llamaba la orina: cada 20, cada 30 ó 40 minutos salian 30 ó 40 gramos de orina de color rojo vivo, con coágulos más ó ménos grandes, en medio de contracciones enérgicas, dolorosísimas, con ardor intenso á lo largo del canal, principalmente al nivel del ligamento suspensor y de la fosa navicular, con irradiaciones frecuentes á las tuberosidades isquiáticas, algunas veces á las regiones inguinales, al ombligo y más raras á la parte interna de los muslos. Los 800 ó 900 gramos de orina que salian en las veinticuatro horas, contendrian aproximativamente 2 á 300 de sangre pura. Todos los hemostáticos que se aconsejan en estos casos, fueron empleados sin éxito, no dominándose la hemorragia sino con las píldoras del Sr. Muñoz, administradas con método y perseverancia, y en dósis alta; la contraccion vesical por medio de las inyecciones hipodérmicas de morfina. Esta hematuria duró desde el 27 de Junio hasta el 6 de Julio! La hematuria reapareció dos ó tres veces despues, pero fué inmediatamente contenida por el mismo hemostático. Si me he detenido un momento en este incidente, es porque, á mi juicio, domina la historia de la enfermedad. La marcha de éste en los dos meses siguientes, presentó pocas variaciones, lo que me permitirá dibujarla en breves palabras: la emision de la orina se hacia á cada hora, cada hora y media ó cada dos horas: siempre, ó casi siempre, se acompañaba de tenesmo, de ardores y de dolores en la parte baja del vientre; cuando estos accidentes se hacian muy intensos ó muy frecuentes, volvia yo al uso de las inyecciones de morfina hasta dominarlos. Se excretaban en veinticuatro horas 1,000, 1,200 y hasta 1,500 gramos de orina pálida, empañada, de una densidad que variaba entre 1025 y 1028; ácida, *sin moco*, con poco sedimento, algunas veces con olor de maceracion anatómica; tratada por el calor y el ácido nítrico daba un precipitado muy abundante, denso y pulverulento, ó al ménos no nebuloso. El exámen microscópico descubria celdillas epiteliales, placas nucleares, glóbulos blancos, algunos

glóbulos sanguíneos, y creo que alguna vez tubos hialinos; pero de esto último no estoy seguro. *

Nunca ha habido edémas; la anemia fué desapareciendo, lo mismo que los dolores renales; pero un padecimiento del aparato digestivo, que consistia en rubicundez de la lengua, bascas y algunas veces vómitos, y diarrea ó ligera constipacion, venia á alternar ó á acompañar los síntomas funcionales de la vejiga.

La exploracion local, bien reducida por cierto, permitió observar por la palpacion un endurecimiento en el lado izquierdo de la vejiga, mal limitado, pero apreciable; otro semejante en la línea média, no perceptible por la percusion, que despertaba dolor. Esta sensacion fué apreciada por el que suscribe, por el Sr. Carmona y Valle y por el Sr. Vértiz R., pero no lo fué satisfactoriamente por el Sr. Lavista. La exploracion por el recto dió resultados negativos.

La exploracion más importante, la que debia ofrecer mejores datos, la que debia indicar si el canal estaba ó no libre; si la porcion prostática tenia su calibre, si existia cálculo, si la vejiga estaba atónica ó cansada, si la orina se evacuaba completamente; en una palabra, la exploracion por medio de la sonda no se habia hecho. Cuantas ocasiones se hablaba al enfermo de este medio, lo rehusaba resueltamente. El recuerdo de los padecimientos del fin de Junio y principios de Julio, que él injustamente atribuia á la tentativa de cateterismo, vivo aún en su imaginacion, oponia un obstáculo invencible á que se perfeccionara el diagnóstico que, sin embargo, habia sido ya vehementemente presentido

* Trascribo el exámen hecho por el Sr. R. Vértiz. "La primera y la segunda vez que examiné la orina, tenia una reaccion ácida, y á la simple vista se notaba la presencia de la sangre. Por el microscopio se demostraba ciertamente la hematuria, los glóbulos sanguíneos eran característicos, algo alterados solamente por su permanencia en la orina, lo que les hacia aparecer como hinchados y casi esféricos; tambien se veían con la ayuda de este instrumento celdillas epiteliales variadas en su forma y dimensiones: las unas, pequeñas y aglomeradas, de forma regular, eran indudablemente celdillas pavimentosas; las otras, de mayor tamaño, solitarias, eran granulosas, y contenian núcleos voluminosos."

Desde principios de Octubre en que el Sr. Vértiz se asoció conmigo, hasta fines del mismo mes, no se observó en el curso de la enfermedad más que la exacerbacion de los dolores, del tenesmo, del ardor durante la miccion, de la mayor frecuencia en la emision de la orina y de los accidentes reflejos de parte de las vías digestivas; pero el domingo 29 de Octubre se ofreció un incidente que merece fijar la atencion por el giro que imprimió la enfermedad.

Voy á relatar los hechos sin comentarios por el momento:

A las tres de la mañana de ese dia sintió el Sr. M..... un malestar insólito; me hizo llamar y noté que tenia el pulso á 96, la temperatura á 38, sed, náuseas y vómitos, meteorismo, constipacion, sensibilidad exquisita en el vientre bajo y dolor espontáneo en esta region, que se extendia á toda la pared abdominal. La region vesical, *que hasta ese momento habia estado sonora á la percusion*, dió un sonido mate en una extension de algunos centímetros arriba del púbis. Administré el calomel al interior, las unciones de ungüento mercurial al vientre, la dieta y las inyecciones de morfina. Cuando llegó el Sr. Vértiz rectificó lo ántes dicho y aprobó el tratamiento.

El 31, á las tres de la mañana, el mismo malestar que dos dias ántes; pero no fué posible averiguar, por más empeño que se puso en el interrogatorio, si habia habido calosfrío; ántes bien la Sra. de M..... aseguró que el enfermo tuvo la convulsion nerviosa que otras veces habiamos presenciado; mas como los síntomas por parte del vientre disminuian de una manera notable, no nos alarmamos, é hicimos suspender los mercuriales que ya habian producido su efecto. El 2 de Noviembre —dos dias despues del anterior malestar— á las tres de la mañana, malestar mayor, angustia, sensacion de aniquilamiento, calentura muy alta y estado general tan alarmante, que obligó á la familia á llamarme á las 5½. Hallé este cuadro: el enfermo en decúbito dorsal, descompuesto el semblante, empañada la córnea, entrecortada y apagada la voz, profundamente abatido el espíritu, postradas las fuerzas, latiendo el pulso 128 veces por minuto, la temperatura elevada á 41°5, la piel literalmente inundada de sudor y contenidas las otras excreciones (la víspera por la tarde

habia tenido tres deposiciones que tenian el aspecto de las que se producen en el catarro agudo del intestino). Convencido de que tenia á la vista un acceso de intermitente perniciosa, ordené lavativas que contenian tres gramos de sulfato de quinina; hice inyecciones de una solucion de bromo-hidrato de la misma base, con 25 centígramos primero y 10 despues, que prescribió el Sr. Vértiz, y fricciones de pomada de quinina.

El acceso fué disminuyendo poco á poco, hasta el mediodia en que casi habia desaparecido. El quinismo se hizo poco marcado, y esto nos resolvió la mañana del viérnes 3, á administrar 1 gramo de sulfato de quinina por la boca. Los efectos fisiológicos, perfectamente acentuados y los más crueles sufrimientos, se hicieron sentir al eliminarse la sal por el aparato urinario: tenesmo, dolor, ardor, frecuencia en la emision de la orina, martirizaron á este pobre enfermo la tarde del 3 y mañana del 4. A esta madrugada correspondia el acceso terciano: una vigilancia asídua demostró que habia venido, pero muy ligero.

Este mismo dia 4 no cesó ya la calentura; léjos de eso, sobrevino modorra, sueño, delirio, ó más bien sub-delirio, algunos estremecimientos convulsivos, sobresaltos de tendones, carfologia, y apareció una mancha rosada —enteramente semejante á las que caracterizan nuestro tifo— al nivel del borde costal derecho.

El estado que acabo de describir se agravó en la mañana del 5; aparecieron dos ó tres manchas nuevas, y los fenómenos cerebrales se acrecentaron más y más.

Cosa notable; la tarde de ese dia —hoy hace quince— el estado cerebral comenzó á disiparse, muy lentamente, es cierto, pero de un modo perceptible, á la vez que aparecian mayor número de manchas rosadas, que persistia el meteorismo, la anorexia y la sed, áun cuando la sequedad de la lengua era mucho ménos marcada que los dias anteriores.

Vdes. podrán imaginarse las interpretaciones de que era susceptible esta situacion, dadas las circunstancias del enfermo que nos ocupa: el tifo, un estado tifoideo dependiente de envenenamiento por la orina, la supuracion del perítomo —cuya inflamacion habiamos diagnosticado— todo se presentó á nuestro exá-

men; todo fué analizado, todo detenidamente estudiado, y resolvimos hacer á todo trance la exploracion vesical para aclarar la situacion. Esta vez, por fortuna, contamos con la anuencia del enfermo, y la noche del viérnes 10 del actual lo dormimos por medio del cloroformo. Pudimos hacer cómodamente el exámen del vientre: la matitez correspondiente á la region vesical, se extendia como á cuatro ó cinco dedos arriba del púbis, en un lugar que tenemos bien marcado; el derrame ligero del vientre, que habiamos observado los dias anteriores, era ménos abundante; el cólon descendente daba un sonido oscuro á la percusion —fenómeno ya observado varias veces, pero no de un modo igual en el curso de esa semana.— Introduje una sonda de buen calibre y de gran curvatura que penetró con facilidad á lo largo de la uretra; la porcion prostática no presentó resistencia, ni hubo el salto característico del abultamiento prostático; el chorro de la orina saltó con energía, pero se detuvo casi en el acto: percutida entónces la region vesical, notamos que el sonido oscuro casi no habia variado. Adquiridas estas nociones, saqué la sonda y la sustituí por el catéter de exploracion, recto en toda su extension, con una curvatura pequeña, cerca de su extremidad; inyectamos agua tibia para reconocer la capacidad de la vejiga, y encontramos que no podia contener más que una corta cantidad de agua —que despues apreciaré:— llena la vejiga, conduje el catéter directamente hácia atrás, y noté que podia caminar perfectamente en direccion á la línea média y con la punta vuelta hácia arriba; pero al intentar explorar las paredes laterales y el fondo, me encontré con la imposibilidad de moverlo en ningun otro sentido: cuando me empeñaba en conseguirlo, parecia que se hundia en una masa medio blanda. En ninguna de estas maniobras se obtuvo la sensacion del cálculo. El catéter fué puesto en manos de los Sres. Lavista, Vértiz, y Carmona y Valle, quienes rectificaron lo que acabo de exponer. En una exploracion posterior, el Sr. Vértiz logró volver el catéter, no el mismo, sino otro de más pequeña curvatura, sacándolo poco á poco, haciéndolo girar alrededor del cuello de la vejiga, y apoyando la punta en el fondo bajo de la vejiga. Hecha la exploracion por el recto, nada *apreciable* se obtuvo en la próstata, ni en la porcion de vejiga que to-

caba el catéter. Este nuevo exámen no permitió descubrir un cálculo. Tras de la primera exploracion vino abundante hemorragia que continuó por veinticuatro horas, y que se detuvo por la administracion reiterada y en alta dósis de las píldoras del Sr. Muñoz.

Apreciaré despues lo observado, y continuaré relatando:

Resolvimos lavar diariamente la vejiga, procurar devolverle su contractilidad, y acostumbrar la uretra al paso de los instrumentos. Siempre durante la anestesia introdujimos una sonda blanda, sin mandrin, evacuamos la orina y exploramos la vejiga por la palpacion abdominal, practicada profundamente, y determinamos tal vez el accidente de que voy á hablar. Al dia siguiente observamos que la orina contenia pus bien elaborado, como el que sale de un absceso del tejido celular, pero con una fetidez particular que uno de nosotros habia observado ya en otro enfermo. A pesar de que en apariencia no dejaba duda de su naturaleza, el Sr. Vértiz lo examinó al microscopio y encontró glóbulos de pus y algunos glóbulos sanguíneos en diversos grados de alteracion. *

En la exploracion hecha la noche siguiente, encontramos por primera vez, que la zona de sonido mate, observada desde el 29 de Octubre, disminuia de extension. Este exámen y los posteriores nos han convencido de que en la zona de matitez observada desde el 29 de Octubre, no tenia parte alguna la cavidad de la vejiga; que ésta admitia solamente de 60 á 80 gramos de agua ó de orina; que tan pronto como se excedia de esta cantidad, la expulsaba la contraccion automática del músculo vesical; que el agua salia siempre limpia, áun cuando la miccion anterior y la siguiente fueran cargadas de pus; que la segunda explora-

* "Los exámenes que se hicieron despues, cuando la vista sola demostraba la presencia del pus y el olfato percibia un hedor cadavérico, dieron el resultado siguiente: orina con reaccion alcalina, mezclada con coágulos. Al microscopio, glóbulos sanguíneos, alterados, irregulares en sus bordes como más pequeños que en el estado normal, celdillas epiteliales vesicales, de las mismas formas que las descritas ántes, y además, moco y glóbulos purulentos, hinchados, y con sus núcleos bien marcados: solo una vez se hallaron en la orina algunos raros cristales de fosfato de cal."

cion con sonda metálica —aunque más prudente que la primera —dió lugar á una hemorragia tan ligera, que no hubo necesidad de combatirla. La última circunstancia que debemos hacer observar es, que en el lavatorio de anoche y en el de hoy ha salido el agua mezclada con pus, y que en los últimos dias se ha encontrado lo que se llama *moco vesical.*

Si á lo dicho agregamos, que la calentura ha continuado con exacerbaciones, que cuando el pus deja de salir abundante ó fácilmente, se vuelve á presentar el estado tifoideo; que solamente dos veces hemos encontrado en la noche, la temperatura normal; que el apetito disminuye; que la basca y la salivacion son casi constantes; que el vientre necesita ser movido por lavativas, y que la contraccion la podemos dominar siempre con inyecciones hipodérmicas; que las fuerzas declinan cada dia, y que aquel hombre, ántes tan inteligente, tan activo y tan animado, ha caido en una indiferencia casi absoluta, tendrán vdes. idea del estado que actualmente guarda el enfermo.

Para comentar la observacion que acabo de leer, voy á dividir la enfermedad en dos períodos naturales de desigual duracion, pero que se han acompañade de accidentes que reclaman diversa interpretacion. El primero, enteramente apirético, se extiende desde el principio de la enfermedad hasta el 29 de Octubre próximo pasado; el otro desde esa misma fecha hasta el dia de hoy (19 de Noviembre), caracterizado principalmente por los accidentes febriles. Los del primero los podemos concretar así: excitabilidad vesical, orina emitida más frecuentemente, pequeñas hematurias, coincidencia de éstas con dolores renales nocturnos, presencia de albumina en la orina; orina pálida, opaca, empañada, densa. Tentativa de cateterismo, seguida de hematuria que duró diez dias, abundantísima, acompañada de contraccion vesical enérgica, dolorosa, con vehementísimos ardores en la curvatura de la uretra y en la fosa navicular. Posteriormente excrecion de pequeñas cantidades de orina *sin moco y sin pus*, al ménos de una manera apreciable, acompañada de las mismas angustias de la vejiga, sin modificarse ni por los medios hi-

gi:nicos, ni por los balsámicos, los alcalinos, los tónicos, ni por los medicamentos á que se atribuye una accion especial; además, padecimientos del aparato digestivo y enflaquecimiento. Contractilidad que no se mitiga más que por un solo medio: por los narcóticos en inyeccion: los antiespasmódicos más enérgicos y más seguros, son ineficaces. Agréguese á esto la percepcion de una dureza, de un abultamiento percibido por la palpacion; los datos ministrados por el microscopio, y procurémos valorizar los que nos proporciona la palpacion rectal y el cateterismo.

Asemějase la enfermedad, por su conjunto, á aquellas en que se presenta un obstáculo al curso libre de la orina; pero no es una estrechez, porque una sonda blanda ó rígida de cualquier calibre entra con facilidad. No hay padecimiento apreciable en la region prostática: la exploracion rectal, el cateterismo, la no retencion de orina, su evacuacion completa, la historia toda del enfermo, en una palabra, no autorizan á admitirlo.

La semejanza con los sufrimientos que produce un cálculo es tal, que hemos permanecido con alguna vacilacion ántes de la exploracion con el catéter; pero ésta ha dado hasta hoy un resultado siempre negativo: las hemorragias no están en proporcion con las que acompañan á las concreciones calculosas; pero hay más: un cálculo fosfático se forma por la alteracion misma de la vejiga, por la alcalinidad consecutiva al catarro, por el depósito incesante de materias que no pueden permanecer disueltas desde que falta la acidez de la orina: mas como en nuestro enfermo la reaccion de estos líquidos siempre es ácida y falta el catarro, debe desecharse la concrecion fosfática. Tampoco puede ser un cálculo úrico porque han faltado los cólicos, indicio de su descenso del riñon, porque nunca se han observado arenillas, porque nada, en fin, lo hace suponer en la historia que he relatado, sin olvidar la circunstancia de que no lo hemos sentido. Pudiera haberlo; pero tenemos que apreciar los datos actuales, y no los que puedan ofrecerse. Es, sin embargo, tan capital este punto, que he aceptado la reserva que sobre él ha expresado uno de nosotros (el Sr. Lavista).

Todos los accidentes del primer período se pudieran explicar por el catarro inveterado de la mucosa vesical; pero si tenemos

en cuenta que ha faltado el moco en la orina, que ésta ha sido constantemente ácida, y no se ha modificado á pesar de los métodos que se han puesto en práctica, el catarro no es aceptable.

La atonía de la vejiga, su pereza, no son enfermedades, son síntomas, y no deben tomarse en consideracion.

Una ulceracion de la vejiga podria explicar las hemorragias, pero no todos los accidentes; mas áun cuando así fuera, ¿de qué dependeria? ¿qué estado constitucional la sostendria? ¿á qué alteracion local la podriamos atribuir? En el momento actual, en el periodo febril, no dudamos que haya una ulceracion, pero probablemente será la del absceso que se ha abierto en el interior de la vejiga; y éste no existe sino desde hace veintidos dias: luego tampoco podemos aceptar una ulceracion.

¿Serian las varices, las fungosidades de la vejiga? pero no tenemos datos para aceptarlas como entidad á que referir los padecimientos; en tal supuesto, las hemorragias serian incesantes, y provocadas frecuentemente por el contacto de la sonda blanda con que tocamos todas las noches la vejiga.

La exclusion nos conducirá á admitir este diagnóstico: pero á lo que nos lleva, sobre todo, fatalmente, es á las neoplasias de la vejiga.

En efecto, ¿qué padecimiento podria arrostrarse tan largo tiempo dando tan pocas señales de su existencia, acompañándose de otro renal evidente, llenando la orina de elementos tan sospechosos como los que hemos enumerado, presentando un abultamiento y una dureza insólitos, observados durante mucho tiempo, revelándose por el cateterismo que encarrila el instrumento en una cañada; que no le permite moverse sino en una esfera muy limitada, que se hunde en masas blandas, que producen hemorragia cuando se les toca con instrumento duro, que disminuye la capacidad de la vejiga, que entorpece su contractilidad, que determina ese desórden muscular y que lo mantiene?

Despues de mucho observar y meditar mucho, nos hemos detenido en este diagnóstico, como probable, como el más adecuado para explicar los síntomas, y hé aquí el primero de los puntos que sujetamos á la consulta:

No hemos pensado qué clase ó más bien qué especie de cáncer pudiera ser; pero la especie no tiene importancia desde el momento en que tenemos en mira el pronóstico y la oportunidad de una operacion quirúrgica.

Esto tenia yo escrito el 19 de Noviembre, dia en que se verificó la junta para resolver definitivamente el camino que se debia seguir.

Léjos de entregarme á la apreciacion del período febril de la enfermedad, en el que estuvimos de acuerdo, y que ahora seria inútil porque conocemos el estado de la vejiga; me limitaré á completar la historia de la enfermedad desde el 20 hasta el 25 de Noviembre. Las personas consultadas exploraron la vejiga, aunque con tal prudencia, que no quedaron completamente satisfechas. Pudieron, sin embargo, observar que la sonda blanda penetraba sin dificultad, que el receptáculo urinario tenia poca capacidad (80 gramos); que la vejiga estaba perezosa; que la orina salia enturbiada por el pus; que no era fétida en el momento de salir; pero que adquiria este carácter poco despues.

Se mostró á los señores que concurrieron á la consulta, la orina expulsada durante las últimas doce horas, y se observó que tenia la fetidez característica, y que habia dejado depositar como 50 gramos de pus ligeramente mezclado de moco.

Introducido el catéter explorador se obtuvieron datos semejantes á los anteriormente descritos.

Los dias 20 y 21 no visité al enfermo, pero supe por los Sres. Vértiz y Lavista lo siguiente: la orina que vino despues de la exploracion, contenia sangre, aunque en corta cantidad. El pus fué aumentando poco á poco, siempre fétido. La modorra, la calentura y la postracion subieron de punto, lo mismo que la anorexia.

La noche del 22, la cantidad de orina que se evacuó pesaba 180 gramos, y el lavatorio arrastró mayor cantidad de pus; la desaparicion de la calentura, la mayor lucidez de las ideas, la

vuelta del apetito y una mejoría que era imposible desconocer, coincidió con esta circunstancia; pero esta situacion no duró sino hasta la noche del 23. En este dia la cavidad vesical pudo recibir 200 gramos de agua. La esperanza que tuvimos viendo que la vejiga se dejaba distender y que áun conservaba elasticidad, nos decidió á practicar una nueva exploracion con el catéter que habiamos usado las veces anteriores.

En esta ocasion pudimos recorrer ampliamente la vejiga: en dos puntos diferentes tropezaba, ó más bien saltaba la sonda contra dos obstáculos ó cuerpos blandos. Se pudo examinar toda la cavidad sin encontrar cálculo. De nuevo hízose el exámen por el recto; nada avanzamos.

Tan luego como retiramos el instrumento vino la sangre en abundancia; la expulsion de los coágulos fué dolorosísima. El enfermo se resistió á tomar los hemostáticos; la hemorragia continuó: agotáronse las fuerzas: y aquella brillante existencia se apagó para siempre el dia 25 á las diez y tres cuartos de la mañana.

Por circunstancias, que no es del caso referir, no se pudo inspeccionar más que la cavidad vesical.

«Autopsía á las 21 horas despues de la muerte.

Levantada la parte anterior de la pared del vientre se pudo observar que no habia señales de inflamacion del peritonéo.

La vejiga presenta una disposicion congénita particular, y es la de no tener forma esferoide sino alargada, como pera, cuyo vértice estuviese arriba y se continuara con el uraco; está abultada y como engrosada de uno y otro lado, pero más notablemente del derecho.

Abierta la cavidad, se encontró lo siguiente: todo el derredor de la desembocadura de la uretra, literalmente cubierto de vegetaciones en forma de coliflor; producciones semejantes se encuentran en gran número de uno y otro lado de la vejiga, pero más abundantes en el derecho, al derredor y arriba de la abertura de un absceso: ésta ocupa el espesor de la pared derecha, y es ampactuoso y de bordes irregulares. Algunas de las vegetaciones alcanzan el tamaño de una nuez.

El fondo bajo de la cavidad tenia color apizarrado; el resto de la mucosa descubierta está sano.

La próstata está intacta.

Leido lo que antecede á los Sres. Carmona, Lavista, Vértiz, é Icaza, que estaban presentes, convinieron en que expresaba lo que se habia encontrado evidente; mas el Sr. Lavista quiso que constara que no habia endurecimiento esquirroso en los puntos en donde se implantaban las vegetaciones, y aquí se consigna.

Noviembre 26 de 1876.»

Los Sres. Vértiz y Lavista llevaron porciones de los tumores para examinarlos al microscopio, y tengo el gusto de trascribir el que me ha enviado el primero de estos señores. *

Dos puntos sometí á la consulta de mis compañeros en el escrito que acabo de leer: el primero, el del diagnóstico de la enfermedad, en mi concepto suficientemente discutido; el segundo, la oportunidad y conveniencia de intervenir quirúrgicamente. Sobre esta última parte deseo provocar una discusion, pues hay en el seno de la Academia profesores que opinaron en pró de ese modo de proceder, y ya trascurrido el tiempo y con la calma que nos pone al abrigo de las primeras impresiones, me

* "Los fragmentos de tumores tomados en la embocadura del absceso, en el cuello de la vejiga y en su pared superior (en donde se recogió un tumor del tamaño de una nuez pequeña), todos presentaban idénticos caractéres, todos parecian á la simple vista compuestos de porciones de vellosidades reunidas en una base comun.

El microscopio revelaba la presencia real de vellosidades formadas por varias capas de celdillas epiteliales cilíndricas, y llevando en su centro un vaso tortuoso, dilatado en la extremidad de la vellosidad; esta disposicion es perfectamente visible en las preparaciones que poseo, porque la sangre llena completamente estos capilares, habiendo sido probablemente repelida en ellos por la inyeccion general que se hizo al cadáver. Este tumor debe considerarse, como dice Foster, como un papiloma destructor; sus papilas, ricamente arborizadas en todas direcciones, destruyeron sin duda una parte del órgano sobre que reposaban. Las papilas se desarrollaron en masas fungosas en el lugar que presentaba ménos resistencia, en la superficie de la mucosa.

México, Julio 11 de 1877.—*R. Vértiz.*"

complaceria escuchar de los labios de mi ilustrado compañero el Sr. Lavista, si hoy como entónces opina por la operacion, y en semejante caso suplicarle me precise cuáles son las indicaciones que á su modo de ver le hacian justificable.

Comienzo por rendir un justo y sincero tributo al mérito indisputable del Sr. Lavista; la buena amistad que nos liga, es la mejor garantía de que mis observaciones no tienen otra mira que el esclarecimiento de la verdad. Recuerdo que al proponerme el distinguido profesor que acabo de mencionar, la práctica de la cistotomía, en el enfermo cuya asistencia se nos confió, apoyaba su juicio manifestándonos que para él nuestro diagnóstico no era claro; que el enfermo se estaba envenenando con la orina; que por medio de la operacion, si habia un tumor podriamos tocarle, extirparlo si era posible, ó al ménos modificarlo con los recursos que la ciencia pone en nuestras manos, combatiendo de paso las contracciones de la vejiga, tormento el más atroz del enfermo.

A estas razones oponia yo otras justas, segun mi modo de pensar. Para mí el diagnóstico tenia una precision indudable; podiamos penetrar con facilidad á la vejiga, lavándola por la mañana y por la noche; la intervencion quirúrgica la juzgamos peligrosa, porque estando convencidos de que se trataba de un cáncer, la inminencia de una hemorragia y de los otros accidentes propios de la cistotomía, reagravaban la situacion ya demasiado deplorable de nuestro enfermo. La circunstancia, por último, de dominar con las inyecciones de morfina las contracciones dolorosas de la vejiga, decidieron nuestro ánimo á no aceptar el consejo del Sr. Lavista.

La cistotomía no es más que la aplicacion particular de la regla quirúrgica que ordena, que cuando la contraccion de un esfínter ó de un músculo hueco es indomable, su continuidad sea interrumpida por una seccion. Inspirándose en esta regla los cirujanos de la escuela americana, hace ya algunos años, tuvieron la idea tan feliz como audaz de oponer la cistotomía á ciertos casos de cistitis, en los que el tratamiento médico habia sido absolutamente inútil.

Yo pienso que la cistotomía tiene indicaciones especiales que

podian concretarse de este modo: cuando es imposible llegar á la vejiga con los instrumentos; cuando la orina está estancada en el fondo de este receptáculo y el envenenamiento consecutivo es inminente; y por último, siempre que las contracciones desordenadas del músculo vesical no pueden dominarse absolutamente por otros medios.

Por lo expuesto se echa de ver, que solo la discusion puede conducirnos á fijar las indicaciones de una operacion tan importante como digna de ser admitida en la práctica. Yo aplaudo esta oportunidad que nos proporciona la de escuchar la voz autorizada del Sr. Lavista que ha practicado ya esta operacion, y la de los ilustrados socios que me escuchan.

México, Noviembre 14 de 1877.—Eduardo Licéaga."

Hemos adquirido algunos detalles relativos á la manera con que se sucedieron los accidentes en el enfermo de la citada observacion, y vamos á consignarlos porque una vez más vienen á confirmar nuestro aserto.

Antes de que el Sr. Licéaga se hubiera ocupado de asistir al enfermo, era éste atendido por el Sr. Dr. Lucio, y consultaba de vez en cuando al Sr. Lavista. En el tino y circunspeccion del Sr. Lucio no pudo jamás caber la más ligera imprudencia, ni tampoco pudo decirse que el ilustrado maestro hubiera jamás olvidado la necesidad de hacer la exploracion de la vejiga de su enfermo, para darse cuenta de las hematurias que, aunque ligeras, presagiaban ya el desarrollo de una grave enfermedad. Pues bien, aconteció que se hizo necesario hacer la exploracion, y que el enfermo, instado por los Sres. Lucio y Lavista, consintió en dejarse examinar, y resuelto, permitió que el primero de los doctores mencionados le introdujese una sonda de goma delgada, é incapaz absolutamente de producir daño alguno ni áun en manos inexpertas, muchísimo ménos en las del maestro respetable á quien todos conocemos, no solo como hombre de ciencia sino como cirujano prudente, juicioso y reflexivo. Pues bien, en estas circunstancias y cuando con evidencia se pue-

de asegurar que la sonda no habia sido introducida á la vejiga, se produjo la más grave de las hematurias que el enfermo tuviera durante su enfermedad, ocasionándole tal horror por el empleo de la sonda, que resueltamente no volvió á consentir en su introduccion; y si despues no se le hubiera cloroformizado por los Sres. Licéaga, Lavista y otros, seguramente que no se hubiera podido emplear ese medio para el diagnóstico de su padecimiento. ¡Quién sabe hasta qué punto influiria en la terminacion fatal el retardo en el empleo del solo medio que hubiera en tiempo oportuno ayudado mucho para el diagnóstico, pero que seguramente no habria satisfecho la exigencia del diagnóstico detallado para establecer una curacion racional, supuesto que más tarde no fué suficiente para su objeto. En resúmen, el hecho es bastante para probar cuán poco satisfactorios son los recursos de que disponemos para conocer y diferenciar algunas de las enfermedades de la vejiga.

Poseo los detalles relativos á un caso que no há mucho tiempo pasó en esta Capital. Se trataba de una señora que llevaba un padecimiento de la vejiga, tan á propósito para creer en la existencia de un cálculo, que se estuvo á punto de hacer la talla hipogástrica para poner un límite á los sufrimientos de la paciente. Invitado el Sr. Lavista para la operacion, se quiso rectificar el diagnóstico; pero no pudo sentirse la piedra por más atencion que se puso al explorar el recipiente de la orina. Por circunstancias particulares del caso, se decidió practicar la talla uretral como más inocente que la supra-pubiana: entónces pudieron sentir los cirujanos allí presentes, que la pared anterior de la vejiga estaba ocupada por un tumor fibroso que habia sido la causa del error.

Un hecho idéntico acaba de pasar en Alemania. Cirujanos de tanta reputacion como Billroth se encontraban enfrente de un jóven que llevaba un padecimiento de la vejiga, cuyo diagnóstico era muy discutido. Sin ponerse de acuerdo estas eminencias, Billroth, que sostenia la existencia de una piedra en la vejiga, decidió hacer la talla perineal, operacion que desmintió su diagnóstico, permitiéndole conocer un *tu-*

mor fibroso colocado en la pared anterior de la vejiga. El neoplasma fué extirpado y el jóven sanó.

Es cierto que alguna vez los neoplasmas ó tumores malignos pueden diagnosticarse con la sonda, el tacto rectal, la inspeccion de la orina y el microscopio: en tan felices casos, estos medios serán, sin duda, bastantes; pero en otros, como lo hemos demostrado, nada conseguirémos con ellos y serémos simples espectadores de crueles sufrimientos, sin estar seguros de la afeccion que los determina. Así aconteció durante la enfermedad del eminente Dr. mexicano M. J., al que, si se le diagnosticó un cáncer en la vejiga, fué cuando la enfermedad habia ocasionado desórdenes irreparables; tambien es cierto que se llegó al mismo diagnóstico en el Sr. M. de T., cuyo caso hemos referido: * pero como puede verse en esta historia–modelo, al principio fueron inmensas las dificultades; todo era vacilacion, y más tarde quedaron divididas las opiniones. Habrá casos, repito, en que con los medios de exploracion empleados hasta hoy, podamos llegar al diagnóstico; pero tratándose del principio de los tumores malignos ó de los relativamente benignos en un período aún más avanzado, no sé por medio de qué signos pudieran diagnosticarse con toda precision. Los neoplasmas malignos serán diagnosticados cuando hayan hecho sentir su influencia perniciosa sobre el resto del organismo, sea directamente por su naturaleza, ó sea, lo que es más frecuente, por los accidentes consecutivos á la evacuacion incompleta de la orina, es decir, cuando ni siquiera sea posible retardar su funesta terminacion. En cuanto á los tumores benignos, los pólipos y los fibromas, por ejemplo, se escaparán todavía con más frecuencia, y en muchos casos el diagnóstico no podrá ser hecho sino *a posteriori*.

Entre las afecciones calculosas, cuyo diagnóstico ofrece inmensas dificultades y que algunas veces es imposible, se encuentran los cálculos que se llaman encasquillados. A esta variedad pertenece la piedra del enfermo citado por Civiale

* Pág. 14.

en la pág. 51 del tercer volúmen de su obra ya citada; cálculo que sin ser muy pequeño, ni siquiera fué sospechado por Lallemand que presenciaba el cuadro sintomático tan lastimoso de su cliente.

Por poco que se medite sobre esta variedad de cálculos, se verá que el recurso más precioso para el diagnóstico de la piedra, es decir, la sonda metálica, pierde mucho de su valor en estos casos, y á veces lo pierde todo. Efectivamente, un cálculo cubierto de vegetaciones ó desarrollado en medio de las túnicas de la vejiga, despues de haberse insinuado entre ellas una pequeña piedra descendida del riñon, no nos permitirá tener ninguna sensacion por el cateterismo. Si el cálculo está contenido en una celdilla de la vejiga, será igualmente difícil, casi inposible, alcanzarlo con la sonda; y en uno y otro caso, si la piedra es muy pequeña, el tacto por el recto será tambien de ningun valor. Algo más hemos dicho acerca de los cálculos al hablar de los tumores; pero debemos señalar, aunque sin detalles, un hecho demasiado expresivo para el objeto que nos proponemos. El Dr. Clement, persona de merecida reputacion como cirujano, estuvo asistiendo en esta Capital á un hombre que padecia un catarro crónico de la vejiga. Por mucho tiempo el mencionado cirujano nada pudo sentir en sus exploraciones, que le advirtiese la existencia de otro padecimiento distinto del que ya hemos indicado, bien que el enfermo acusara síntomas crueles que estarian fuera de lugar en un simple catarro de la vejiga. Mas como quiera que nada revelaba la exploracion física, solo se trató de combatir la afeccion catarral, y esto, como hemos dicho, por mucho tiempo. Ahora bien, uno de tantos dias, el Sr. Clement pudo cerciorarse de la existencia de un cuerpo extraño en la vejiga de su cliente; practicó la talla perineal y encontró un cálculo encasquillado en la pared anterior del órgano, lo estrajo y cesaron todos los padecimientos del enfermo. Fácil es comprender que el paciente hubiera ahorrado muchos sufrimientos, si la uretro-cistotomía hubiera sido practicada en vista de los accidentes y de la inutilidad del tratamiento.

En conclusion, de la reseña que hemos ligeramente apuntado, refiriéndonos á las afecciones más comunes que la vejiga padece, se deduce la verdad de nuestra primera proposicion, la que debe contestarse, diciendo: que los medios de que disponemos para el diagnóstico de algunas enfermedades de la vejiga, no siempre son suficientes para su objeto.

II

¿Existe algun medio nuevo por el cual podemos hacer el diagnóstico de las afecciones de la vejiga? ¿Cuál es éste y cuáles son sus ventajas y sus inconvenientes?

Fundado en lo que llevo dicho, creo, que por una ú otra de las circunstancias mencionadas en el primer párrafo, el cirujano puede hallarse en la imposibilidad de formar un juicio exacto sobre la naturaleza del padecimiento que se ha llamado á combatir; y bien se comprende que, no solo tratándose de las enfermedades de la vejiga, sino de cualquier otro órgano ó aparato, sin un diagnóstico preciso, sin un conocimiento justo de la enfermedad, es imposible instituir un tratamiento racional. ¿A qué está reducido el papel del cirujano que solo ve síntomas, y síntomas graves, sin poderlos referir á una afeccion determinada? Si vemos á un enfermo con un pujo tenaz que no le deja ni un momento de reposo, que lo fatiga y lo atormenta sin descansar, al grado de no permitirle ni un instante de tranquilo sueño; si á esto agregamos hematurias más ó ménos abundantes que consumen y agotan las fuerzas del individuo, y si para colmo de situacion tan fatal se desarrollan los accidentes de la uremia ó de la amoniemia, segun la expresion de Jacoud, ¿qué nos queda que hacer cuando no sabemos la razon de estos padecimientos? En semejante caso, en que no solo tenemos en problema el poder comba-

tir estos accidentes definitivamente, sino que áun carecemos de la satisfaccion del diagnóstico, desearíamos conocer un nuevo recurso que nos enseñara la causa de los padecimientos; desearíamos que la enfermedad estuviese á nuestro alcance para ver si podiamos dominarla. Pues bien: supongamos por un momento, que existe un camino natural por donde podemos introducir el dedo hasta la vejiga; ¿no es verdad que por este solo hecho tendriamos un recurso de más valor para el diagnóstico que todos los empleados hasta hoy? Yo así lo creo; no tendriamos entónces necesidad de la sonda ni del tacto rectal para explorar la vejiga; la sonda, el instrumento insensible que ahora nos sirve para examinar las paredes del órgano, seria sustituido por un catéter animado, por el dedo provisto de nervios tactíles que mejor que ningun otro instrumento nos daria cuenta de lo que existiera en el recipiente de la orina; el tacto por el recto, que á través del tabique recto-vesical nos suministra vagas sensaciones de lo que existe en la vejiga, seria sustituido por el tacto directo que nos permitiria indudablemente apreciaciones mucho más justas.

Reconocidas las ventajas que tuviera la supuesta vía, ventajas que yo veo comparables, siempre en menor grado á las que tenemos para explorar la vagina directamente con el dedo por la abertura de la vulva en lugar de explorarla con una sonda, nos queda por ver si ese camino que no existe puede ser creado por el cirujano.

La uretro-cistotomía es el nuevo recurso que ha propuesto el Sr. Lavista.

Al cirujano le es dado practicar una abertura en el perinéo para extraer una piedra que existe en el interior de la vejiga y hacer cesar de esta manera los accidentes del enfermo. ¿Por qué, pues, no practicar la misma abertura en presencia de accidentes no ménos graves que los producidos por un cálculo, cuando estamos en completa ignorancia de la causa que los determina y sin poder aliviar siquiera los padecimientos de nuestro enfermo? En verdad que no alcanzamos cómo no se esté autorizado para hacer el camino que puede

en muchas ocasiones curar, y cuando ménos, proporcionar alivio al desgraciado; y este camino se obtiene usando el nuevo recurso, la uretro-cistotomía.

Al expresar estas ideas, no debo olvidar la juiciosa reserva que hizo ante la Academia de Medicina uno de nuestros catedráticos más distinguidos, al exponer su opinion sobre las indicaciones de la uretro-cistotomía. Del acta de 21 de Noviembre de 1877, tomo las siguientes frases: "Quédame para concluir, examinar si el cirujano tiene ó no derecho para emplear la operacion como medio de diagnóstico en un caso solo probable. Creo de una manera general, que como medio de diagnóstico, es mucho, y como tratamiento puede ser nada. En efecto, suponiendo hecha la operacion, ¿cuántas veces sucederá que no podamos reconocer el mal, ni alcanzarlo, ni tratarlo? Así es que se debe ser muy sóbrio en esta especie de investigaciones, y solo uno que otro caso será el que nos convide á hacerla."

Acepto de un modo general la prudente opinion del estimable maestro; yo, como él, creo que se debe ser sóbrio en el empleo del recurso propuesto, pero no participo de su parecer, cuando dice que, "como medio de investigacion es mucho." En mi concepto, habrá que fijarse en las circunstancias, siempre graves, que reclaman la operacion: si por los medios conocidos se puede llegar al diagnóstico, ó si áun cuando no se llegue de ninguno modo por ellos, el padecimiento de que se trate, cualquiera que sea, no determina accidentes graves, es claro que en semejante situacion la uretro-cistotomía no debe hacerse; en este caso, yo tambien juzgo que, "como medio de investigacion es mucho;" pero si al dar nuestro parecer sobre la operacion como un recurso para el diagnóstico, tenemos en cuenta los síntomas graves, los accidentes que á veces se desarrollan bajo nuestra presencia, sin que sepamos la causa que los determina, porque los medios de exploracion conocidos, de ningun modo concurren á disipar nuestra ignorancia; entónces creo que se debe hacer la operacion para vencer las dificultades del diagnóstico: así no me parece mucho el recurso en cuestion como medio de diagnós-

tico, y tengo la conviccion de que puede ser muy útil para darnos á conocer la naturaleza de la enfermedad é instituir un tratamiento racional.

Siendo partidario de la uretro-cistotomía, confieso que en algunos casos sucederá, que despues de hecha la operacion no podamos conocer el mal, ni alcanzarlo, ni tratarlo; y sin embargo, no por esto la veo inútil; pues como dirémos en el curso de este trabajo, por el solo hecho de evitar la estancacion de la orina y de dominar el pujo tan doloroso que acompaña casi constantemente á las afecciones que reclaman la operacion, obtenemos ventajas como no las alcanzamos por otros medios.

Ademas, el Sr. Lavista, y yo conforme á sus ideas, no proponemos la uretro-cistotomía como un medio infalible para hacer el diagnóstico; pero creemos, y esto no es dudoso, que es un recurso de más valor que todos los hasta ahora conocidos, y que sirviéndose de él con manos hábiles, puede prestar inmensa utilidad.

Por otra parte, creo que si la operacion llega á entrar en la práctica en el sentido que la proponemos, vendrán en su ayuda perfeccionamientos que le darán un valor mucho más grande aún. El Sr. Vértiz así se expresó en la Academia de Medicina, el 21 de Noviembre de 1877: "Para perfeccionar esta operacion y darle mayor alcance, es indudable que necesitamos nuevos instrumentos que nos permitan dilatar la herida perineal é iluminar el órgano: bajo este punto de vista, me atrevo á aconsejar un medio que no tendria de nuevo sino su aplicacion: los tubos de Geissler, dándoles una forma apropiada y calibres distintos; pues de este modo podriamos iluminar el órgano y verlo, por decirlo así, por una ventana que habiamos practicado y que podriamos ensanchar."

Así, pues, mi conviccion acerca de la uretro-cistotomía es, que como otros muchos recursos quirúrgicos ó médicos, no siempre corresponde á nuestras esperanzas; pero esto no es de bastante fuerza hasta el grado de privarnos de un medio que puede sernos tan útil, y mucho más, cuando abrigo la esperanza de que la mencionada operacion que hoy nace ba-

jo el punto de vista ya indicado, puede mañana llegar á ocupar un alto puesto. Ya de hecho la uretro-cistotomía ha servido como medio de diagnóstico, aunque el cirujano no haya tenido esta intencion al practicarla: el caso señalado en la pág. 30 y el de Billroth, son ejemplos. Esto quiere decir, en mi concepto, que no falta más que la sancion de la práctica para usar de la operacion con un fin determinado.

Al exponer estas ideas, de ninguna manera pretendemos que la operacion se vulgarice al grado de emplearla en todo caso de difícil diagnóstico; queremos, sí, que siempre se busque la verdadera indicacion, y que se haga uso de la uretro-cistotomía, como se hace uso de la traqueotomía, por ejemplo, ó de otra operacion de importancia. Mas como debemos fijar nuestra opinion sobre este punto, vamos á precisar las circunstancias, que en nuestro concepto, impondrian el deber de practicarla: *imposibilidad de llegar al diagnóstico por los medios de exploracion conocidos, y al mismo tiempo accidentes graves determinados por la evacuacion incompleta de la orina ó por la reabsorcion de productos sépticos*. Por lo demás, á la conciencia del cirujano pertenece la cuestion de saber si en un caso que le sea dado, los medios de diagnóstico actuales son realmente insuficientes ó si su poca destreza los hace incapaces.

¿Cuáles son las ventajas del nuevo recurso?

Bien que sea indispensable la lectura de este trabajo para satisfacer este punto de la cuestion, vamos á exponer brevemente las ventajas de la uretro-cistotomía, pudiéndose desde luego justificar algunas de ellas por lo que llevamos dicho:

1º La uretro-cistotomía es un recurso de diagnóstico en los casos difíciles que no han podido ser diagnosticados por los medios hasta ahora conocidos.

2º Como medio terapéutico, sirve: 1º para suprimir la perniciosa influencia que la orina ejerce sobre la vejiga siempre que ella se retiene en este órgano como acontece tan comunmente en los padecimientos ya señalados. 2º La uretro-cistotomía, permitiéndonos diagnosticar el padecimiento propio á la vejiga, será el único recurso de curacion radical que po-

damos ensayar para las afecciones del recipiente urinario que no sean esencialmente malignas. 3º Las que revisten un carácter de malignidad que las hace superiores á los recursos del arte, se hacen soportables para los pobres enfermos que las padecen, porque la operacion destruye las contracciones del esfínter vesical mucho mejor que otro medio cualquiera. 4º Cuando se trata de combatir las hemorragias vesicales, tan comunes en los afectos crónicos degenerativos de la vejiga, la uretro-cistotomía ofrece un recurso poderoso, ya permitiendo la aplicacion directa de los hemostáticos dentro del órgano, ya facilitando la evacuacion de la orina que se ha entorpecido por la coagulacion de la sangre dentro de la bolsa.

¿Qué inconvenientes presenta el nuevo recurso? La uretro-cistotomía, no siendo otra cosa que la talla perineal con distintas aplicaciones, parece natural que los mismos accidentes sean comunes á una y otra de estas dos operaciones. En este sentido es como tratamos de resolver el punto que se refiere á los inconvenientes de la uretro-cistotomía.

Los accidentes que pueden esperarse son inmediatos y consecutivos: el accidente inmediato es la hemorragia; los consecutivos la infiltracion urinosa y la inflamacion.

La hemorragia, en las dos operaciones que comparamos, tiene por orígen las mismas fuentes: así, la arteria superficial del perinéo, la bulbosa ó transversa, una rama de las hemorroidales y los plexos venosos que rodean la próstata, el bulbo mismo, pueden ser heridos: el cirujano debe tener las mismas precauciones que al hacer la division de los tejidos para ejecutar la talla y no salir de la línea média al practicar la operacion.

Hasta aquí, la uretro-cistotomía no tiene inconvenientes que le sean propios, la hemorragia puede ser el accidente; pero tratándose de la talla, ningun cirujano retrocede en vista del mismo peligro; así pues, no estaria justificado el abstenerse en un caso y en otro no.

Respecto de la hemorragia, tratándose de un cáncer, debemos advertir, que de ninguna manera podemos evitarla cuan-

do existe, dejando de hacer la operacion, pues sabemos que espontáneamente se produce el mismo accidente, y, por desgracia, con alguna frecuencia: sucede otras veces, que nosotros lo determinamos al introducir la sonda, muchas veces necesaria en este género de enfermedades, y esto sin que podamos llevar á su sitio de produccion un hemostático poderoso y eficaz. Pues bien; si al practicar la uretro-cistotomía aumentamos un accidente que ya existe sin este motivo, con la misma operacion nos procuramos el medio de combatirlo con más seguridad, pudiendo echar mano de otros recursos que ántes no podiamos emplear: tal es el taponamiento, medio hemostático poderoso.

La infiltracion de la orina, que como accidente raro suele presentarse en la talla perineal, podemos evitarla canalizando el trayecto y favoreciendo así el escurrimiento libre de la orina. Las operaciones practicadas por el Sr. Lavista apoyan esta manera de ver, pues no ha tenido un solo caso de infiltracion en la uretro-cistotomía, sirviéndose del medio indicado.

La inflamacion de los tejidos, la flevítis y consecutivamente la infeccion purulenta constituyen un peligro de muerte, y con efecto, muchos enfermos han sucumbido á este accidente despues de la talla; pero es de advertir que en esta operacion se ven, con mucha frecuencia, la contusion y la desgarradura de los tejidos al hacer la extraccion de cálculos grandes y rugosos. Ahora bien; sabemos la significacion grave que en general tienen las heridas contusas, particularmente cuando interesan el sistema venoso; por esto no es extraño que en semejante operacion se vea el accidente de que hablamos. Pero tratándose de la uretro-cistotomía, operacion en la cual se practica una herida neta sin la menor contusion ni desgarradura de los tejidos, no hay motivo para preocuparse del accidente mencionado; si se presenta, debe ser bastante raro, como en igualdad de circunstancias es más raro que las heridas por instrumento cortante se compliquen, comparadas con las heridas contusas. El accidente no se ha visto en los pocos casos de uretro-cistotomía que se

han practicado en México, y que hasta ahora pertenecen al Sr. Lavista.

De lo expuesto en este párrafo deducimos: que existe un recurso nuevo por el cual podemos hacer el diagnóstico de las afecciones de la vejiga, cuando no son suficientes para ello los medios conocidos: este nuevo recurso es la uretro-cistotomía, medio cuyas ventajas hemos señalado, y cuyos inconvenientes son menores que los de la talla.

III

¿Con el nuevo recurso podemos curar con más ventaja las enfermedades de la vejiga, que hasta hoy han sido generalmente rebeldes á los medios conocidos?

Despues de haber escuchado en la Academia de Medicina los discursos de varios de sus respetables miembros que tomaron la palabra para exponer su opinion acerca de las indicaciones de la uretro-cistotomía, nada encuentro más acertado que dirigirme á esta enseñanza magistral, para tomar de ella las bases del presente párrafo.

En el acta de 21 de Noviembre de 1877 se pueden ver las indicaciones señaladas por el ilustre cirujano Dr. Lavista, y son las siguientes:

1º En el catarro purulento crónico.

2º En la cisto-prostatítis aguda terminada por abscesos prostáticos.

3º En la hipertrofia avanzada de la próstata sin lesiones graves de la vejiga.

4º En la cistítis calculosa no diagnosticada por los medios de investigacion comun.

5º En las afecciones degenerativas de la vejiga.

Analizando ahora cada una de estas indicaciones, se puede ver cuán limitada es la terapéutica usual para combatir eficazmente los padecimientos en cuestion, ó siquiera los acci-

dentes graves que con tanta frecuencia determinan. Y como quiera que al presentársenos un recurso nuevo y ventajoso debemos aceptarlo, me parece que por el razonamiento podemos justificar la intervencion propuesta por el cirujano que acabo de citar, como poniéndonos al alcance de afecciones sobre las que ahora poco ó nada podemos hacer.

Desgraciadamente la práctica de la uretro-cistotomía, como medio terapéutico en las circunstancias señaladas, es aún muy restringida, no solo en México sino en el extranjero; por eso no tomo la experiencia como base de argumentacion, pero creo que los pocos hechos que existen vienen en mi apoyo, y debo citarlos como preludios elocuentes.

1º El catarro purulento crónico de la vejiga, tan comun en los enfermos que evacuan insuficientemente su orina, tiene siempre una inmensa gravedad, y de ordinario resiste á los medios médicos más recomendados.

Las razones que militan en favor de estas ideas, se encuentran en las lesiones anatómicas que caracterizan este mal, y en las perturbaciones funcionales que son su consecuencia. Señalarémos como una de las más importantes entre las primeras, la granulia vesical y las ulceraciones más ó ménos profundas que se encuentran en la mucosa de la vejiga, la esclerósis submucosa y la hipertrofia de las columnas carnosas de la vejiga con la degeneracion atrófica intercolumnaria de las fibras musculares del órgano. Como deciamos, la funcion de la vejiga se perturba una vez que su elemento muscular produce un cambio en la forma y capacidad de la bolsa urinaria, haciéndose insuficiente para evacuar la orina: como consecuencia natural, una parte de este líquido queda en contacto casi constante con la mucosa, alterándola y dando lugar á las lesiones anatómicas mencionadas. Se comprende desde luego la inmensa dificultad con que tropieza el arte para modificar los desórdenes que determina en el órgano la enfermedad que venimos estudiando, pues que la sola manera de modificarlo seria facilitar la evacuacion de la orina, impedir su retencion y despertar la contractilidad del aparato muscular de la vejiga, para evitar la repeticion de los des-

órdenes ya mencionados. Pues bien; ¿cuáles son los medios terapéuticos á que podemos confiar las modificaciones que debe sufrir el órgano para volver á su estado normal? ¿cuál la eficacia de estos medios? No nos detendrémos en analizar los que la ciencia nos ofrece, y conformándonos con una simple enumeracion, dirémos que el cateterismo frecuentemente repetido ó la aplicacion de sondas permanentes y las diversas inyecciones de sustancias medicinales con que se pretende modificar el padecimiento son los únicos medios á que podemos recurrir; y contestando á nuestra segunda pregunta, tendrémos que convenir con la mayor parte de los especialistas que se ocupan de las enfermedades de las vías urinarias, en la poca ó ninguna eficacia que estos recursos proporcionan para vencer ó dominar el padecimiento. Terminantemente se declara en los autores que hemos podido consultar, que el catarro purulento crónico de la vejiga está en la mayoría de los casos fuera del alcance de los recursos terapéuticos. Pues bien, la uretro-cistotomía puede, en muchos casos, curar ó modificar, cuando ménos, ventajosamente el catarro purulento del órgano, pues que por su intervencion se libra al recipiente urinario, á lo ménos temporalmente, de su enemigo natural, la orina que en él se deposita. La experiencia nos ha enseñado que, cuando con la operacion mencionada se suprimen á las vías urinarias los obstáculos que en diversos puntos se producen impidiendo el curso natural de la orina, el catarro, ó cura definitivamente ó se mejora de un modo notable por un período de tiempo más ó ménos dilatado. Ya Parquet, de New-York, lo habia así anunciado, y nosotros hemos tenido oportunidad de comprobar la sana práctica del distinguido cirujano americano. En resúmen, creemos haber demostrado que la uretro-cistotomía es, en muchos casos, de catarro purulento de la vejiga, la única tabla de salvacion para los enfermos, y un nuevo y buen recurso.

2º La cisto-prostatítis aguda, terminada por abscesos prostáticos, puede necesitar la operacion para curar.

El conocimiento de las relaciones anatómicas de la próstata, tiene un alto interés cuando se trata de apreciar, el ó los

desórdenes que se producen á consecuencia de la flegmasía supurada de esta glándula; pues ellas se utilizan para presagiar é indicar el camino que deba seguir el pus para llegar al exterior.

La próstata, encerrada en el lóculo perineal superior, está rodeada casi en todos sentidos, por aponeurósis, más ó ménos resistentes, que le forman una especie de envoltura; y donde no se encuentran estos planos fibrosos, hácia su parte anterior, está en relacion inmediata con el tejido célulo-adiposo que llena el espacio pubio-prostático, entre los ligamentos del mismo nombre; inmediatamente despues se encuentra el cuerpo del púbis. De semejante situacion, resulta, que la inflamacion aguda de la próstata queda muy poco al alcance de los medios antiflogísticos directos, y por lo mismo no es fácil impedir que termine por la formacion de abscesos y la infiltracion consecutiva del pus cuando éste no tenga fácil salida. Por la presencia de las mismas aponeurósis, y vista la estructura de la glándula, así como las relaciones que este órgano tiene con la vejiga, de la que puede decirse que es el complemento ó su continuacion, se comprende cómo es comun que una vez terminada la flegmasía prostática por supuracion, el pus se infiltre entre las túnicas que constituyen la pared vesical, siguiendo el tejido conjuntivo intermuscular de la vejiga. Esta distribucion anatómica explica la propagacion de la flegmasía prostática hácia la vejiga y la cistítis flegmonosa intersticial con todas sus consecuencias.

La anatomía patológica me ha dado la oportunidad de comprobar la verdad de lo antedicho, y que ya la anatomía normal permitia suponer. Una vez desarrollada la cistítis flegmonosa, es comun verla terminarse por supuracion, que puede ser evacuada en la cavidad vesical, ó bien infiltrarse en el tejido celular flojo, perivesical: en el primer caso, queda un vacío en la próstata, ó en las paredes de la vejiga, que da lugar á la infiltracion de la orina, que puesta en contacto con el tejido próstato-vesical, trasforma la inflamacion supurativa ya existente en inflamacion séptica, y explica la fusion gangrenosa de este órgano y la terminacion fatal de los en-

fermos que sufren la prostatítis supurada. En el segundo caso la infiltracion se hace en el tejido celular peri-vesical, extendiéndose á veces al tejido sub-peritoneal vecino, y ocasionando accidentes gravísimos.

Indicado el camino que la supuracion debe seguir en la mayoría de los casos, ¿cuáles son los recursos con que el cirujano puede oponerse á la determinacion de los desórdenes mencionados? Terminantemente dirémos, que la terapéutica médica es impotente en semejante situacion, y que se necesita la uretro-cistotomía para poner un límite á los accidentes. Por medio del bisturí se procura el escurrimiento libre de la supuracion, pues de otra manera, este líquido buscará por sí mismo la salida, siguiendo en todo caso el camino que le presente menor resistencia. Bajo este punto de vista, las vías urinarias son el sitio en que los abscesos prostáticos se abren de preferencia, pudiendo dirigirse otras veces á los lados del recto y llegar á la fosa isquio-rectal; algunas otras se infiltra en el tejido celular sub-peritoneal, dando entónces lugar al flegmon pelviano.

En el caso más frecuente, es decir, cuando el pus se dirige á las vías urinarias, se derrama en la uretra; pero á veces, como llevo dicho, se infiltra en las túnicas de la vejiga, pudiendo más tarde perforar la mucosa de este órgano y derramarse en su interior: queda, pues, una abertura de comunicacion entre la cavidad del absceso y las vías urinarias, abertura por donde la orina penetra, y se mezcla con el pus. La cavidad, la pérdida de sustancia que resulta de este proceso, no tiene tendencia á la reparacion, á no ser que sea muy pequeña; pero si como acontece algunas veces ha habido fusion gangrenosa de la próstata, entónces queda una caverna cuyas paredes no pueden aproximarse, porque no lo permite la concha fibrosa que rodea á esta glándula: resulta de aquí una especie de foco necesario en donde se reunen la orina y el pus; líquidos que permanecen estancados, porque ni hay un órgano que los expulse naturalmente, ni se halla la cavidad á nuestro alcance para lavarla, como seria necesario, para impedir la descomposicion de las materias que contiene. Se

ve que, en semejante accidente, queda un foco de envenenamiento para el enfermo. La conducta del cirujano será pues, evitar que se forme el foco; y si desgraciadamente se ha formado, hacerlo desaparecer dando salida al pus oportunamente y evitando su infiltracion.

La uretro-cistotomía llena estas importantísimas indicaciones: por medio de ella darémos curso libre al pus y á la orina; tendrémos una puerta franca por donde lavar el foco cuantas veces sea necesario, y de paso, dividiendo el cuello de la vejiga, harémos un grande beneficio al enfermo, pues la seccion es el mejor narcótico que pueda oponerse al espasmo tan doloroso del esfínter vesical, casi constante en estos casos.

3º Estudiando la operacion propuesta para modificar la hipertrofia de la próstata, debemos hacer una explicacion: en nuestro concepto, esta enfermedad, naturalmente rebelde, no se modificará siempre satisfactoriamente con el empleo del recurso mencionado. Vamos á exponer nuestro modo de ver la cuestion. Antes, permítasenos recordar algunos de los detalles que se refieren á la anatomía normal de la glándula prostática, para señalar las modificaciones que ella sufre, cuando se encuentre hipertrofiada, así como dejar asentadas las nuevas relaciones que la glándula contrae con los órganos y tejidos vecinos, bajo la influencia de la afeccion mencionada.

La próstata es un órgano músculo-glanduloso constituido en el estado normal por sus dos lóbulos laterales; el lóbulo de Guthrie ó campanilla vesical existe al estado rudimentario, constituyendo lo que se ha llamado lóbulo mediano; los lóbulos laterales están abundantemente provistos de fibras musculares lisas que no son sino la continuacion de las fibras musculares de la vejiga; los elementos acinosos y vasculares del resto del órgano están dispuestos, en su mayor parte, en la periferia de la glándula; el estroma glandular ó conjuntivo es relativamente muy poco importante. Pues bien, cuando la glándula sufre el trabajo hipertrófico, cuyo estudio hemos emprendido, acontece á veces que este trabajo

se hace sentir de preferencia en su tejido muscular ó en su tejido acinoso, propiamente dicho, pudiendo acontecer que todos los elementos que la constituyen se hipertrofien. Alguna vez se nota que este trabajo hiperplástico solo se verifica en uno de sus lóbulos, pudiéndose desarrollar en el lóbulo mediano, sin que los lóbulos laterales aumenten manifiestamente de volúmen; mas comunmente sucede que toda la glándula participa del trabajo hipertrófico. Cuando así acontece, al desarrollarse la glándula se advierte que es su base de preferencia el sitio en que el crecimiento es mayor, debiéndose esto, probablemente, á que en este punto son más abundantes los elementos normales de la glándula, á su forma particular, y por último, á la exageracion funcional de sus elementos musculares que continúan inmediatamente, lo que se ha considerado anatómicamente como cuello vesical. Si á estas consideraciones añadimos la diferencia de resistencia que la glándula encuentra en su contorno al desarrollarse, así como la situacion relativa de la uretra en el espesor de la glándula, se comprenderá desde luego cómo es comun que el crecimiento de la base de este órgano se haga, ya directamente arriba, ya adelante, ya hácia atrás, ó hácia sus partes laterales, siendo muy raro verla crecer hácia abajo. Si es exacta la apreciacion que hemos asignado al crecimiento de lo que pudiéramos llamar diversas porciones de la próstata, se advierte inmediatamente que su crecimiento hácia arriba y adelante debe dar lugar, y de hecho dá, al desalojamiento del cuello de la vejiga y de la porcion de la uretra correspondiente, en el sentido del crecimiento mencionado. El mismo trabajo, de lo que pudiéramos llamar regiones póstero laterales de la glándula, no imprime un cambio absoluto en las relaciones de la porcion uretro-vesical de la glándula, aunque relativamente este cambio se produzca por el abatimiento que debe sufrir la pared posterior de la vejiga. De las modificaciones ya enunciadas se deduce, desde luego, el cambio sufrido en las relaciones de la porcion próstato-vesical y el bajo fondo de la vejiga, consistiendo esencialmente en la elevacion del cuello de la vejiga, que puede llegar á encontrar-

se encima del nivel de la cara superior del púbis, miéntras que el fondo del órgano conserva su situacion normal, pudiendo algunas veces descender. Si á esto se añade, que por el crecimiento anormal del lóbulo mediano se produce una barrera ó válvula en el segmento inferior del cuello de la vejiga, capaz de obstruir completamente su abertura, fácil es entender las modificaciones que el órgano sufre, ya en su totalidad, ya en sus diversos elementos por la influencia del proceso hipertrófico que estudiamos, y cómo se modifican sensiblemente las relaciones de las diversas partes constituyentes del aparato excretor de la orina.

Del estudio que acabamos de consignar, se deducen las perturbaciones funcionales que el órgano sufre cuando se hipertrofia, y ellas justifican el cuadro sintomático que caracteriza la enfermedad. No es muy difícil darse cuenta de la perturbacion que se advierte en el modo con que se emite la orina en los enfermos afectados de hipertrofia prostática; tampoco parecerá raro observar la evacuacion insuficiente de la orina ó la retencion de este líquido cuando concurran las circunstancias que hemos referido, estudiando ligeramente la anatomía normal y patológica de la region; ménos raro parecerá, por último, el desarrollo del catarro purulento de la vejiga con todas sus consecuencias. En resúmen, la hipertrofia prostática, alterando el dinamismo de la evacuacion de la orina, provoca el desarrollo del catarro purulento de la vejiga, y puede ocasionar la muerte dando lugar á los desórdenes que hemos ya estudiado al hablar de esta última enfermedad.

Si, como creemos, es cierta la apreciacion que acabamos de hacer, la indicacion natural se desprende por sí misma, consistiendo en remover el obstáculo que la próstata hipertrofiada presenta al curso de la orina y evitar su estancamiento en la bolsa vesical.

¿Puede remediar esta difícil situacion que hemos pintado la uretro-cistotomía? En nuestro concepto los resultados tienen que variar segun que el padecimiento esté más ó ménos avanzado, segun que el agente de los desórdenes en la emision de la orina esté constituido especialmente por el lóbulo

mediano de la próstata, ó bien por los lóbulos laterales del mismo órgano, y por último, segun que las alteraciones de la vejiga hayan ó no inutilizado éste; pues se comprende que si son muy avanzadas, no son remediables absolutamente. En el primer caso, es decir, cuando el lóbulo de Guthrie constituye todo el obstáculo, fácil es comprender que la principal modificacion se encuentra en el cuello de la vejiga, al que sirve de válvula el lóbulo hipertrofiado, oponiéndose al curso natural de la orina. El orificio de la bolsa apénas será dislocado de su posicion normal: desarrollado el lóbulo mediano, la pared inferior de la uretra sube hasta ponerse algunas veces en contacto permanente con la pared superior de este canal, y si tal sucede, queda constituido el citado lóbulo en un verdadero tapon, en una especie de válvula, que no solo pone obstáculo á la salida de la orina, sino tambien á la penetracion de la sonda, que en estos casos es siempre difícil, y á veces imposible. La incision ó la excision del lóbulo de Guthrie en estas circunstancias seria ciertamente un buen recurso que nos daria la esperanza de restablecer el canal de la orina, y por lo mismo de conseguir una curacion más ó ménos duradera, imposible de alcanzar por cualquier otro de los medios usados hasta hoy. Por el nuevo recurso que proponemos se satisface la apremiante necesidad de la miccion, que, como es sabido, no es posible en muchos casos, ni áun con el uso de la sonda, y es permitido esperar que la cicatrizacion aislada de la parte cortada, convierta la válvula en una especie de canal incompleto que deje escurrir con alguna libertad la orina que ántes no encontraba salida. Podria suceder, que la inflamacion de la herida prostática trajera la supuracion del tejido hipertrofiado, y que al hacerse la cicatrizacion definitiva, la retraccion cicatricial disminuyera el obstáculo. En el segundo caso, es decir, cuando la hipertrofia se hace, como es comun, en los lóbulos laterales de la glándula, la próstata se encuentra crecida en su totalidad. Ya hemos descrito el cambio tan importante que sufre el cuello de la vejiga en sus relaciones con los órganos vecinos, y hemos llamado la atencion particularmente sobre la altura que al-

canza esta parte de las vias urinarias con relacion al bajo fondo de la vejiga. Pues bien: solo queremos recordar, que precisamente en la hipertrofia de los lóbulos laterales de la glándula prostática es donde se ven los cambios de que hablamos; en ella es en la que el cuello vesical queda á veces muy alto con relacion al bajo fondo de la vejiga, y para no omitir un detalle de mucha importancia en estos casos, recordarémos que el órgano excretor de la orina, despues de haber luchado y vencido por algun tiempo el obstáculo que se opone á su funcion, concluye por ceder, por fatigarse; en una palabra, viene á constituir lo que con mucha propiedad se ha llamado *vejiga cansada, vejiga perezosa;* así es que, al obstáculo ya existente para la emision de la orina, formado por la próstata hipertrofiada, se agrega la disquinesia del órgano expulsor de este líquido, resultando de esta doble causa la evacuacion incompleta de la orina, su estancacion en el bajo fondo de la vejiga, y por último, su descomposicion y la produccion de los desórdenes que hemos señalado al hablar del catarro purulento crónico de este órgano; más aún, la orina descompuesta y retenida puede dar lugar á la cistítis aguda, que en estos casos toma con frecuencia la forma úlcero-gangrenosa. Se hace indispensable tener presentes todos los pormenores mencionados, para precisar la indicacion del nuevo recurso que estudiamos, pues, como se deduce naturalmente, con él podriamos mejorar las condiciones de la vejiga, si á su influencia oportuna se lograra impedir la grave alteracion que sufre la pared vesical, ya en su estructura, ya en su funcion, así como se comprende fácilmente que la aplicacion tardía de la operacion no seria bastante para sobreponerse á los desórdenes mencionados. Hé aquí por qué deciamos que no siempre está indicada la operacion en todos los casos de hipertrofia prostática, y que se debe reservar para algunos.

4º La cistítis sintomática de la afeccion calculosa enquistada, que por esta circunstancia no ha podido ser reconocida y referida á su verdadero orígen, es otra indicacion del recurso que proponemos. En este supuesto, la mucosa de la vejiga, de la misma manera que los demás tejidos de la economía,

tiene que corresponder, y de hecho corresponde por un estado morboso llamado inflamacion, á las excitaciones frecuentemente repetidas que sufre por la permanencia del cálculo en su interior; pues él constituye un verdadero cuerpo extraño que excita constantemente las paredes del órgano, y que tarde ó temprano determina una flegmasía grave más ó ménos extensa y hematurias. No habiendo diagnosticado la causa determinante de los accidentes, y encontrando la vida de nuestro enfermo seriamente comprometida, nos creemos autorizados á proponer el recurso mencionado, pues él nos da la esperanza de mejorar la situacion del enfermo y áun de curarlo definitivamente. En nuestro apoyo está la conducta seguida por el eminente cirujano aleman que, como lo deciamos en otro lugar, pudo salvar á su cliente practicando la talla. La operacion nos hará conocer un cálculo en las condiciones que hemos supuesto, y habrá servido, primero como medio de diagnóstico; segundo, como recurso terapéutico, indudablemente el mejor.

Es tanto más importante la intervencion quirúrgica en estas condiciones, cuanto que la permanencia de la piedra puede determinar la ulceracion de la mucosa directamente ó despues que el tejido sub-mucoso ha tomado participio en la flegmasía y que se han formado abscesos que, vertiendo su contenido en el interior de la vejiga, dejan á su paso desórdenes irreparables que, propagándose al riñon, dan lugar á la cistonefrítis calculosa, cuya terminacion ordinaria es fatal.

La operacion que proponemos está llamada á conjurar los accidentes mencionados que, sin ella, no podrian siquiera ser bien interpretados; deduciéndose, en consecuencia, su utilidad, y por tanto, su indicacion en semejantes circunstancias.

5º Llegamos á una cuestion que fué muy debatida en la Academia de Medicina: la uretro-cistotomía en los casos de tumores de la vejiga.

Con Broca, dirémos con exactitud, que todo tumor en la vejiga es necesariamente maligno, cualquiera que sea su estructura.

No desconocemos, ni por un instante, la gradacion natu-

ral que existe entre los diversos tumores; y, sin embargo, de un modo general, los que ocupan la vejiga son para nosotros siempre graves, por su situacion dentro de un órgano tan delicado. Relativamente benignos ó malignos por su estructura, su diagnóstico es siempre incierto, y los accidentes á que dan lugar cuando han adquirido cierto grado de desarrollo, son generalmente comunes á todos ellos: así es que, casi constantemente determinan la cistítis más ó ménos aguda, complicándose muy frecuentemente de hematurias graves, y siempre de un tenesmo tan vivo, que apénas se hace soportable para los enfermos. No pocas veces acontece que tarde ó temprano la vejiga se ulcera y áun se perfora, no sin haberse degenerado, propagándose necesariamente la degeneracion á los tejidos ú órganos vecinos, y ocasionando, cuando tal sucede, una situacion completamente irremediable.

Este es, en extracto, el cuadro que comunmente observamos cuando existen los neoplasmas vesicales que, como se ve, es desgraciadamente insuficiente para enseñarnos su naturaleza y variedades. El cirujano no puede utilizar los medios de diagnóstico que la ciencia le ofrece, si no es en casos bien determinados, encontrándose frecuentemente en situacion de no poder descifrar con claridad la existencia del neoplasma y su naturaleza.

Abundan numerosos ejemplos de estos casos difíciles, que en manos de los más hábiles maestros no han podido ser diagnosticados. Compruébase tambien por la experiencia, cómo ha acontecido que la sospecha de la existencia de una afeccion curable de la vejiga ha obligado á cirujanos eminentes á practicar la cistotomía, poniéndose de manifiesto despues de ella, que no existia la afeccion sospechada, y sí alguna de las que constituyen verdaderos tumores de la vejiga, curados ó mejorados notablemente, gracias al error de diagnóstico. No pretendemos decir que fatalmente siempre se desconozcan los tumores de la vejiga, asegurando solo que en la mayoría de los casos su diagnóstico es muy difícil.

Pues bien; ¿sin diagnóstico cierto, llegarémos jamás á hacer

un tratamiento racional ó científico? Evidentemente no; y si alguna vez en el curso de la enfermedad que venimos estudiando nos es posible llegar al conocimiento exacto de la existencia de un neoplasma y precisar su naturaleza, desgraciadamente será cuando los desórdenes que él haya ocasionado en la vejiga sean absolutamente incurables. La uretro-cistotomía se nos ofrece como una tabla de salud para vencer las dificultades que acabamos de enumerar, y ella sola tiene el poder de esclarecer el diagnóstico en los casos difíciles, de conjurar con ventaja muchos de los accidentes graves que los neoplasmas ocasionan, y con ella podrán curarse radicalmente algunos de los tumores relativamente benignos, que no podrian ser atacados ventajosamente por los medios recomendados en la ciencia.

Para que se comprenda mejor nuestra idea, recordarémos que, entre estos neoplasmas, existen algunos de marcha excesivamente lenta, poco vasculares, sin tendencia al reblandecimiento, y que solo provocan desórdenes en la vejiga cuando por su situacion y tamaño se oponen al curso libre de la orina, ó bien cuando obrando como cuerpos irritantes para el órgano, dan lugar á la inflamacion y sus consecuencias.

Al lado de estos, existen otros mucho más graves, que crecen rápidamente, se ulceran con facilidad, se apropian la pared de la vejiga en una extension más ó ménos grande, sangran con una facilidad increible, y agotan al enfermo cuanto ántes en medio de los más vivos sufrimientos.

Los primeros son tanto más alarmantes y comprometen tanto más fácilmente la vida, cuanto que son más tardíamente reconocidos; su malignidad no les es propia, resulta de su situacion dentro de un órgano poco accesible á los recursos del arte, y que una vez alterada su estructura, difícilmente se logra devolverle su estado normal. Hemos dicho que no se les reconoce fácilmente; pero áun suponiendo que su diagnóstico fuera fácil, no es posible hacer un tratamiento conveniente miéntras que el cirujano quiera limitarse al uso de medios que exijan la integridad de la vejiga. No comprendemos cuál podria ser la ventaja de una de las sondas-pinzas que

han sido inventadas con este objeto, y sobre todo, si con ellas se llegara alguna vez á imitar al ilustre Civiale, de quien se cuenta que estaba excepcionalmente dotado de un tacto tan exquisito, que le permitia hacer la extraccion de pólipos intravesicales por las vías naturales: lo repetimos, si fuera posible llegar á este género de resultados, nunca seria sin graves riesgos; jamás la mano del cirujano se conduciria segura, y en la mayoría de los casos tendriamos que ver como una feliz casualidad, el buen éxito logrado por este camino. Ahora bien; en un número inmenso de casos no es posible el diagnóstico cierto, y solo la ojalera uretro-vesical puede decidir de la existencia del neoplasma y permitir su extirpacion: por su intermedio podrémos reconocer los menores detalles del tumor y obrar con seguridad para extirparlo, cuidando de respetar la vejiga que, en muchos casos, se ha alterado seriamente. Si se tiene la fortuna de reconocerlos con oportunidad, la uretro-cistotomía los cura radicalmente.

Los que hemos llamado malignos por sí mismos, jamás curan. La uretro-cistotomía no es recurso que debe emplearse para extirparlos, sirviendo solo para dárnoslos á conocer con evidencia y permitirnos apreciar con detalle la extension de los desórdenes que han producido en la vejiga.

Pequeña en verdad parece la ventaja que la operacion nos ofrece en los casos mencionados, sobre todo, si se atiende á su importancia; y sin embargo, vamos á hacer ver cómo, en nuestro concepto, puede hacernos señalados servicios áun en el supuesto que hemos aceptado.

Desde luego recordarémos, que cuando por desgracia no nos es posible curar las enfermedades, debemos procurar hacerlas soportables para el desgraciado que se confia á nuestro cuidado, y que á cualquier precio tenemos el deber de calmar sus sufrimientos.

Pues bien; la operacion que proponemos llena satisfactoriamente esta indicacion, una vez que por ella cesa el espasmo doloroso de la vejiga: este solo beneficio ya seria por sí mismo inapreciable; pues añadirémos que se obtiene sin grave riesgo y con la ventaja probable de evitar la hematuria

que casi necesariamente se determina por la contraccion incesante de la vejiga sobre el tumor.

Con los recursos usuales, apénas si podemos dar tregua á los padecimientos, y ella se obtiene á costa del organismo que se arruina rápidamente cuando ingiere las dósis de morfina que necesita para proporcionarse descanso.

Lo expuesto nos parece bastante para recomendar la uretro-cistotomía como un buen recurso, ya de diagnóstico, ya de tratamiento, que empleado oportunamente, si no cura, alivia. En su oportunidad hemos señalado los reproches que se han hecho al nuevo medio y los inconvenientes que se dice puede ofrecer, y tuvimos el mayor cuidado de contestar objeciones que, en nuestro concepto, no tienen grande importancia.

OBSERVACION I. *

"La historia del enfermo á que hacemos alusion, es la siguiente: A mediados del año pasado, y por el mes de Marzo, entró á la sala de Cirugía mayor en el Hospital de San Andrés, sala del Dr. Lavista, Hilario Diaz, hombre bien constituido, de cuarenta años de edad, que ejercia el oficio de cargador, y presentaba todos los caractéres del temperamento sanguíneo bien marcado. Enfermo hacia varios meses de un padecimiento vesical, cuyas causas ignoraba, se quejaba, sobre todo, de un fuerte pujo en la vejiga, que le atormentaba cruelmente, obligándole á orinar gota á gota y sin cesar, sin dejarle ni un momento de reposo. Este pobre hombre presentaba sus órganos génito-urinarios exte-

* Tomada de la Tésis inaugural de mi excelente amigo el Dr. J. M. Gama.

riores en perfecto estado; no existian en él los vestigios de ningun chancro, ni las cicatrices que dejan los bubones supurados, ni recordaba haber tenido una blenorragia fuerte, ó si la tuvo habia dejado su uretra en perfecto estado. Su orina roja, no muy abundante, y fuertemente cargada de moco, daba á conocer claramente que en la vejiga existia un catarro antiguo. Pero el pujo era lo que más predominaba en él, el cuello de la vejiga era, á no dudarlo, el sitio de una irritacion que mantenia un estado espasmódico constante que le hacia sufrir mucho, y que, como dijimos, le obligaba á orinar sin cesar. Lo que habla tambien en favor de que el cuello vesical estaba, sobre todo, enfermo, era que este hombre no podia estar sino en una situacion más ó ménos horizontal, y que tan pronto como se paraba, principalmente cuando daba algunos pasos, le venia el espasmo del cuello con tal fuerza, que ocasionándole vivos dolores, le obligaba á tomar la posicion supina que era en la que relativamente sufria ménos. La causa de este espasmo del cuello cuando estaba en pié, no podia explicarse sino por el estado inflamatorio del cuello vesical, donde la orina en esta situacion venia á juntarse, provocando por su presencia allí, la contraccion del esfinter de la vejiga. Pero lo que en el caso actual llamaba la atencion, era que la orina, unas veces roja, amoniacal, fuertemente cargada de moco, presentaba otras veces un aspecto enteramente límpido, como la que da un individuo sano. Este cambio frecuente de las cualidades de la orina, la presencia algunas veces de ligeros rasgos de sangre, aquel pujo rebelde del cuello vesical, y por último, la falta absoluta de causas que explicaran aquel estado de la vejiga, obligaron al Sr. Lavista á tomar la determinacion de operar al enfermo, como dirémos más adelante.

Tratado por espacio de más de dos meses por todos los medios de que dispone la ciencia; viendo la ineficacia de los balsámicos empleados de varios modos, de los alcalinos, de los baños, de las inyecciones de todas clases hechas en la vejiga con el objeto de moderar aquel catarro vesical, como tambien la inutilidad de todas las preparaciones narcóticas para calmar aquel espasmo del cuello y los crueles dolores que le producia al desgraciado enfermo, se decidió, como dijimos hace poco, el hacerle una ver-

dadera talla, medio lateralizada, que tenia las dos importantes indicaciones: primero, de dividir el esfínter vesical, y ver si de este modo cesaba aquel estado espasmódico del cuello, y segundo, de abrirse paso á la vejiga para ver si existia allí algun neoplasma, cualquiera que fuese su naturaleza, que era de sospechar atendiendo á las circunstancias que hemos mencionado ya. La operacion, aunque séria, iba á servir como único recurso de tratamiento y á la vez como medio de diagnóstico para investigar qué existia en aquella vejiga que explicara aquel estado, y en caso que se encontrara algo, extirparlo con más ó ménos facilidad. Inútil es decir, que en las muchas veces que se sondeó al enfermo para hacerle las inyecciones, y en las numerosas que se le exploró usando de la anestesia, nos habiamos convencido: primero, de que la uretra estaba enteramente libre, pero tan excitable, que bastaba dejar la sonda suelta para que la contraccion del cuello vesical y la del canal urinoso la arrojara con fuerza á algunos pasos del enfermo; y segundo, de que en la vejiga no existia ningun cálculo que explicara la enfermedad.

Decidida la operacion, fué hecha por el Sr. Lavista con la destreza que le es característica, y despues de ella, el amplio camino que quedó para llegar á la vejiga, sirvió para introducir el dedo hasta el recipiente urinoso. El Sr. Lavista, algunas personas y yo creimos tocar algun cuerpo blando situado en la pared anterior de la vejiga, inmediatamente arriba del cuello, y que bien podia explicar los accidentes. Esto fué lo único que se encontró; pero ¿qué era aquello que sentiamos? ¿era algun neoplasma de la pared vesical, ó por el contrario, la pared misma fuertemente inflamada, y que el estado de retencion de la vejiga vacía, hacia que apareciera con los caractéres de un tumor? Siempre he creido esto último; pero como no habia datos suficientes para proceder, atendiendo á que el diagnóstico no se habia hecho, se optó por ampliar la herida por medio de una cuña hecha convenientemente con la raíz de genciana, y esperar por un camino más amplio hacer una nueva exploracion, esperando que tal vez daria mejores resultados.

Pero el enfermo, que vió con la operacion cesar el pujo que tan cruelmente le molestaba, no cedió sino con resistencia á la

aplicacion de aquel cuerpo dilatador, que no pudo soportar, pues su permanencia le ocasionaba nuevos dolores. Por esta circunstancia, y porque la cicatrizacion de la herida se hacia con tal rapidez, que en pocos dias se estrechó notablemente, se hizo imposible otra nueva exploracion, que probablemente no habria dado resultados.

El enfermo, que en los primeros dias sufrió algunos dolores y tuvo una ligera reaccion, que cedió al sulfato de quinina, marchó en seguida perfectamente, y á los quince dias de operado se logró la cicatrizacion. Sin embargo, el pujo que en los primeros dias se habia quitado, reapareció aunque ménos fuerte; entónces se continuó el uso de las inyecciones vesicales, y poco á poco el espasmo del cuello fué disminuyendo, hasta hacerse soportable. Pero durante el curso de los dos meses que permaneció en el hospital despues de la operacion, apareció un nuevo accidente que molestaba á nuestro pobre enfermo, casi tanto como su espasmo vesical; era un tenesmo constante en el recto que le ocasionaba crueles dolores. Explorando por el ano, nada se encontró que explicara aquel nuevo síntoma. Pero un dia, por fortuna, el enfermo, despues de evacuar, haciendo grandes esfuerzos, me llamó para enseñarme algo que le habia salido por el ano; me acerqué á él, y con agradable sorpresa vi un pólipo mucoso, un verdadero mixoma, que el enfermo no mantenia fuera del ano sino merced á grandes esfuerzos; inmediatamente lo tomé con un lienzo, lo estiré hasta hacer salir el pedículo, que era delgado, pero bastante largo; puse mi ligadura lo más cerca que fué posible del punto de implantacion, y corté abajo de ella con unas tijeras. El pólipo era del tamaño de una almendra, y era, como ya he dicho, de naturaleza mixomatosa.

El enfermo se mejoró, pero continuó con su tenesmo rectal, aunque ya muy soportable, y su pujo vesical casi enteramente curado; el catarro de la vejiga habia cedido al uso de las inyecciones de biborato de sosa en una mezcla de glicerina y agua. Una nueva exploracion hecha en el recto fué tan infructuosa como las anteriores; pero era de suponer, puesto que los accidentes continuaban, aunque ligeros, que existieran otros pólipos implantados, probablemente muy altos en la mucosa del recto.

Por el mes de Octubre el enfermo salió del hospital, notablemente mejorado, siendo de notar que tres meses despues de la operacion, su uretra estaba tan libre de toda estrechez, que admitia con entera facilidad y como un canal enteramente normal, una sonda de plata del grueso ordinario, y las más gruesas sondas elásticas.

De la historia que acabamos de referir resaltan muchos hechos importantes; pero por ahora solo harémos notar la inocencia de la incision longitudinal de la uretra que no produjo ninguna estrechez consecutiva, en apoyo de lo que venimos sosteniendo, dejando para más tarde hablar de la indicacion de la uretrotomia perineal, y de la poca gravedad de esta operacion.»

OBSERVACION II.

Cisto-prostatítis aguda y retencion de orina consecutivas á un estrechamiento infranqueable de la porcion bulbo-membranosa de la uretra; infiltracion urinosa circunscrita; destruccion flegmonosa de la uretra en la extension de média pulgada en sus tres cuartos inferiores detrás de la estrechez.—Uretro-cistotomía.—Curacion.

En los últimos dias del mes de Octubre de 77 fuí consultado urgentemente por el Sr. H., pariente del Sr. O., que estaba padeciendo del aparato génito-urinario hacia mucho tiempo, y que en ese momento sufria cruelmente de tenesmo vesical dolorosisimo, con retencion de orina. Era el paciente un hombre como de treinta años, mal constituido y profundamente debilitado por largos padecimientos. El conmemorativo que pude recoger me enseñó que el enfermo habia sufrido en diversas ocasiones de blenorragia en la forma aguda, la que habia terminado por revestir el carácter blenorreico. Supe, además, que estos accidentes venéreos se habian complicado de la infeccion sifilítica. De tiempo atrás el paciente evacuaba su orina con dificultad, y alguna vez le habia sucedido no poder orinar por al-

gunas horas, logrando al cabo de tiempo y esfuerzos satisfacer esta imperiosa necesidad. Confesaba el enfermo que este accidente se determinaba por excesos de bebida ó de coito, disipándose comunmente con facilidad, pero quedándole siempre la dificultad de la expulsion de la orina y el escurrimiento consecutivo á la blenorragia. Referia su enflaquecimiento á una fiebre intermitente crónica, y al uso prolongado de la quinina, no sin pretender que este medicamento habia contribuido poderosamente al desarrollo de los accidentes que tenia en el aparato urinario. Dos meses hacia que estaba sufriendo de la vejiga de un modo contínuo, y en este período de tiempo habia sido asistido sucesivamente por los Sres. Dres. R. y V., asociándose de vez en cuando con el Sr. O. En la época del principio de su enfermedad fué asistido por el Sr. R., al que sustituyó despues el Sr. V., volviendo en definitiva á su antiguo amigo el Sr. R., que estaba encargado de su asistencia cuando yo fuí consultado.

El cuadro de síntomas que el enfermo referia era suficiente para comprender que el paciente estuvo afectado, por largo tiempo, de catarro vesical crónico, con nefrítis concomitante; y con facilidad se entendia que el catarro crónico se habia trasformado últimamente en cistitis aguda, complicándose de la retencion completa de la orina, y todo esto como consecuencia de una antigua estrechez que en cierto momento se habia hecho infranqueable. En la historia que escuchaba en mi primera visita, constaba que desde algunos dias se habia hecho necesario el cateterismo; pero lo verdaderamente importante era que esta operacion habia ofrecido sérias dificultades, no obstante el haber sido ensayada por personas de reconocido mérito por su habilidad quirúrgica y reconocida prudencia. En la noche que lo visité habia sobrevenido esa dificultad, pues no obstante las repetidas tentativas que habian hecho los Sres. R. y F., sus esfuerzos habian fracasado.

Resumiendo la sintomatología del hecho que refiero, en lo que tiene de importante, dirémos: que en la fisonomía del enfermo se revelaba la terrible angustia ocasionada por el dolor pubio-uretral, y la imposibilidad de satisfacer la necesidad de orinar. Por algunos dias esta necesidad se hizo soportable, sin gra-

ves padecimientos; gracias á que la vejiga se desembarazaba del excedente de orina por emisiones pequeñísimas que se sucedian á cada minuto, no sin causarle muchísima molestia. En el momento de nuestra visita pudimos observar que, casi constantemente, escurria del canal uretral un moco glaroso, tan semejante al que se ve en el fondo del vaso que contiene la orina de los que sufren el catarro vesical, que se hubiera dicho á primera vista que aquel líquido se depositaba fuera de la vejiga en alguna cavidad accidentalmente formada, dejando decantar el moco en ésta.

Cuando procedimos á la exploracion directa, encontramos comprobada nuestra idea, pues que por la aplicacion de la mano en el perinéo, ejerciendo sobre él una presion moderada, se vaciaba el depósito mucoso de una manera ostensible, y despues de esta maniobra se le veia cesar por algun tiempo. El cateterismo que ensayaba el enfermo por recomendacion de su médico, facilitaba tambien la evacuacion del líquido mencionado, sin lograr desahogar la vejiga, á la que no alcanzaba la delgada sonda de goma de que se servia el enfermo, consiguiendo solo disminuir la expulsion del moco uretral.

La orina, emitida como acabamos de hacer notar, estaba de tal modo descompuesta, tan fuertemente amoniacal, que no permitia dudar de su insuficiencia de evacuacion cuando ménos, quedándose desde luego en la vejiga una cantidad que se alteraba en aquel recipiente y lo modificaba en su estructura. Este modo de apreciar las cosas se comprobaba por el exámen del hipogastrio, dejándonos ver el abultamiento característico que se forma en la region mencionada por la vejiga distendida.

Si alguna duda pudiera tenerse del origen del abultamiento, se disiparia indudablemente aplicando la mano en el vientre bajo y expriméndole: por esta maniobra se evacuaba el exceso de la orina, dando una pequeña tregua al pujo que tanto atormentaba al enfermo. Por último, y para completar el hecho clínico, harémos constar que estos accidentes estaban acompañados de fiebre continua con exacerbaciones y remisiones: á la fiebre acompañaban sudores abundantes.

Nuestra buena fortuna quiso que, cuando nos imponiamos de

la enfermedad del Sr. O., llegara á visitarlo su médico el Dr. R., quien tuvo la amabilidad de ampliarnos el informe recibido, rectificando los hechos referidos por el paciente y las apreciaciones que habiamos hecho. Además, esta feliz circunstancia nos permitia discutir la situacion de aquel desgraciado, y nos facilitaba la determinacion que debiamos tomar vista la urgencia del caso, pues era de todo punto necesaria la evacuacion de la orina, sin lo cual, ni se calmarian los sufrimientos del Sr. O. ni se conjuraba la fiebre de reabsorcion urinosa que estaba minando la constitucion del enfermo y comprometiendo su vida de un modo inmediato.

El relato que nuestro compañero nos hizo, nos permitió comprender las dificultades del caso en cuestion, pues que por él supimos cómo habian fracasado las tentativas de cateterismo repetidas varias veces sin éxito. Este antecedente era de la mayor importancia, pues él nos indicaba la necesidad de proceder con la mayor cautela. Como la indicacion era clara, decidimos hacer la prueba de cateterismo, y para hacerla soportable, cloroformizamos al enfermo, que, sin duda, no se habria prestado al paso de la sonda sin el empleo de este recurso. Por fortuna estábamos preparados para esta exploracion, porque, como se nos habia informado que la persona á quien ibamos á visitar padecia de retencion urinosa, tuvimos la precaucion de proveernos de lo indispensable.

Procediendo con cuidado ensayamos el cateterismo, y una vez más nos persuadimos de que no era fácil evacuar la orina con la sonda, no obstante haber empleado diversos instrumentos. Como era de la mayor urgencia vaciar la vejiga, decidimos probar el paso de una candelilla Maisonneve, con la esperanza de poder ensanchar la uretra cortando con el uretrotomo el estrechamiento que se oponia al libre escurrimiento de la orina; reservando la creacion de una vía artificial para el caso en que nuestra tentativa fracasara, pues temiamos que la persistencia de la orina determinara la ruptura de la vejiga, su ulceracion y sus terribles consecuencias.

Resuelta la conducta que debiamos observar, procedimos á la introduccion de la candelilla conductora, logrando que ésta des-

lizara hasta la vejiga, é inmediatamente pasamos la cánula cortando luego la estrechez. Esta maniobra fué seguida del cateterismo con sonda metálica. La orina se evacuó completamente, pudiéndose desde luego advertir que estaba descompuesta, pero nunca tanto como la que salia espontáneamente por el canal: asi como que la proporcion del moco en ella contenido, era mucho menor que la que arrastraba la que habiamos observado durante la exploracion del enfermo. Este hecho vino á comprobar nuestra interpretacion primera, relativa á la existencia de un ensanche uretral de gran importancia, en el que se depositaba la orina como dentro de un vaso, debiendo existir aquel detrás de la estrechez, que con razon habiamos calificado de infranqueable.

Satisfecha la urgencia del momento, convenimos en reunirnos á la mañana siguiente para disponer el tratamiento que asegurara el éxito de nuestros primeros esfuerzos y devolviera al enfermo la salud.

En la visita del dia siguiente supe que mi compañero estuvo obligado á sondear al paciente en las primeras horas de la mañana, porque de nuevo se hizo difícil la salida de la orina; pero que á pesar de sus esfuerzos, no le fué dado llegar á efectuarlo, y que con ansia me esperaba para ver si era yo más feliz que él. Desde luego intenté el cateterismo, y con inmensa dificultad pude penetrar á la vejiga lleno de temor, pues á cada paso me parecia que la sonda iba á crear una falsa via.

Nuestro enfermo no descansaba, el tenesmo le seguia atormentando, la fiebre se habia exacerbado, la reabsorcion urinosa que en semejantes casos sigue casi siempre á la uretrotomía, se habia efectuado casi seguramente, y por último, la operacion de la víspera era insuficiente para mejorar la situacion del enfermo.

En vista de estas circunstancias, propuse á mi compañero practicar la uretro-cistotomía, que permitiendo la evacuacion completa de la orina, hiciera cesar el tenesmo y modificara ventajosamente el estado del paciente. Mi idea se aceptó desde luego, y con el acuerdo de la familia, se convino en citar para la operacion á las tres de la tarde, prévio aviso á mis ilustrados é inteligentes compañeros los Sres. Andrade, Licéaga y Dominguez:

miéntras tanto, se administró al enfermo un purgante y se mandó disponer lo necesario para la operacion.

A la hora señalada practicamos la operacion, y á medida que profundizábamos la herida perineal, pudimos rectificar varios hechos: 1.° La existencia, detrás de la estrechez, de una dilatacion enorme de la uretra, en la que se coleccionaba la orina, como lo habiamos sospechado; 2.° La porcion bulbo-membranosa de la uretra estaba destruida en su pared inferior, en una extension considerable, casi en los tres cuartos de su longitud, de modo que la cavidad accidentalmente creada en el lugar mencionado estaba limitada en su porcion inferior por tejido conjuntivo endurecido; 3.° Introduciendo el dedo en la cavidad de la vejiga, pudimos advertir la excesiva irritabilidad del cuello de este órgano que se contraía enérgicamente, á pesar de que la anestesia era completa; y por último, nos cercioramos de que no habia cuerpo extraño alguno en el interior del recipiente de la orina.

En vista del espasmo del cuello, resolvimos dividir el esfínter vesical en todo su espesor.

Terminada la operacion, canalizamos el trayecto de la herida con una sonda de goma, para evitar la infiltracion de la orina. El enfermo fué conducido á su cama y abrigado convenientemente; se convino en prescribirle una pocion calmante.

Desde aquel momento cesó definitivamente el pujo; la orina salia con libertad por la sonda; el escurrimiento mucoso uretral desapareció, y la fiebre calmó rápidamente hasta desaparecer en las primeras veinticuatro horas. Como la marcha de la herida no presentó cosa alguna digna de llamar la atencion, solo harémos notar que, al cabo de pocos dias, la orina comenzó á salir por su vía natural, estrechándose cada vez más y más la herida que habiamos practicado, hasta quedar convertida en una fístula pequeñísima, que pronto desapareció. El canal uretral se reparó de tal modo, que parecia no haber estado estrecho jamás, pues dejaba salir la orina con amplitud, y permitia pasar con facilidad sondas del núm. 9, de la escala de Charrière. En poco ménos de un mes, el Sr. O. habia sanado de la operacion y de la enfermedad que la habia motivado.

Las dos observaciones que acabamos de trasladar, comprueban de una manera positiva muchas de las ideas vertidas en este pequeño trabajo: se verá que la uretro-cistotomia, en ambos casos, ha prestado servicios evidentes, permitiendo al operador cerciorarse de que no habia cuerpo extraño en el interior de la vejiga, y para esto ha podido emplear un catéter dotado de exquisita sensibilidad, el dedo; por medio de la operacion los sufrimientos de los enfermos han cesado con una rapidez y una seguridad, que siempre quisiéramos tener á mano para prodigarla á los desgraciados que se confían á nuestro cuidado; por último, la operacion no ha tenido el menor inconveniente, y ha servido para curar el padecimiento que la hizo necesaria. En la segunda observacion se puede ver que la vida del Sr. O. estaba seriamente comprometida cuando intervino el autor de la operacion que venimos estudiando; la fiebre urinosa se habia desarrollado, á no dudar, en aquel hombre víctima del tenesmo más doloroso; la orina se habia infiltrado; el paciente no podia evacuar su vejiga, y eran palpables las dificultades del cateterismo, que en esta vez, como en otras muchas, seguramente no estaba exento de peligro. Reflexionando seriamente acerca de lo que pasaba en este caso, podrá verse todo el mérito y el incontestable valor de la uretro-cistotomía.

Alguna otra observacion, no ménos interesante, pudiéramos agregar á las anteriores; pero lo expuesto nos parece bastante para llamar la atencion acerca de un recurso nuevo, que por sus ventajas debe ocupar un lugar distinguido entre las operaciones más importantes.

Al concluir el pequeño estudio que hemos emprendido, sin pretension de ningun género lo sometemos al criterio del ilustre Jurado que decida de nuestro porvenir, y con ansia esperamos su opinion, sea que apoye ó modifique nuestras ideas; pero abrigamos siempre la seguridad de que verá con indulgencia este primer ensayo, cuando aspiramos al honroso título de médicos de la Facultad de México.

Para terminar, resumirémos, bajo la forma de conclusiones, nuestras ideas sobre el asunto que estudiamos.

CONCLUSIONES.

I. Los medios de que dispone la ciencia para el diagnóstico y el tratamiento de algunas afecciones de la vejiga, son insuficientes para su objeto.

II. La uretro-cistotomía ofrece ventajas como medio de diagnóstico, y muchas veces cura algunas afecciones de la vejiga, sin presentar graves inconvenientes.

III. El catarro purulento crónico de la vejiga, que ha resistido á la terapéutica ordinaria, mejora ó cura con la uretro-cistotomía.

IV. La cisto-nefrítis aguda determinada por la retencion de la orina, se modifica rápidamente por la operacion propuesta.

V. La cisto-prostatítis aguda terminada por supuracion cura pronto y fácilmente con la uretro-cistotomía.

VI. Este mismo recurso puede modificar ventajosamente algunas variedades de hipertrofia prostática, y siempre conjura los accidentes que la enfermedad determina.

VII. En la calculósis enquistada la uretro-cistotomía es el único recurso de diagnóstico y de curacion.

VIII. Los neoplasmas relativamente benignos solo son curables por la operacion propuesta.

IX. En los casos de neoplasmas malignos, la uretro-cisto tomía proporciona notable alivio, calmando los sufrimientos que ocasiona la contraccion dolorosa del cuello de la vejiga.

X. La operacion no añade gravedad á la situacion de los enfermos que padecen esta especie de neoplasmas.

XI. La uretro-cistotomía es un recurso nuevo por las aplicaciones indicadas, y bueno para su objeto.

México, Abril 24 de 1879.

Bernardo Sanchez y Jimenez.